Rok XLIX. Kraków, dnia 23. lipca 1910. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Natomiast podnieść należy, że w doświadczeniach, prowadzonych w krakowskim Zakładzie patologii, Wrzosek i Maciesza stwierdzili zjawisko »skrobania się«, czyli t. zw. niezupełny napad, po zadrażnieniu owej strefy Brown-Séquarda na szyi i pysku u 8 młodych świnek morskich, pochodzących od rodziców, nie mających zupełnie napadów padaczkowych Brown-Séquarda. Powyżej przytoczone okoliczności sprawiają, że doświadczeń Brown-Séquarda za dowód dziedziczenia się padaczki nabytej u świnek morskich uważać nie można.

Doświadczenia na zwierzętach nad odpornością nabytą na sprawy toksyczne i zakaźne również dziedziczenia się własności nabytych nie dowodzą. Jak to już wyżej zaznaczyłem, w doświadczeniach Ehrlicha odporność młodych świnek morskich była bierną, to jest nie powstawała w ustroju przez czynne wytwarzanie odpowiednich antytoksyn, ale zależała od antytoksyn, wprowadzonych do ustroju młodych zwierząt z ustroju matki, a jak to Ehrlich podaje, wraz z mlekiem matki. Późniejsze badania pogląd ten o tyle potwierdziły, że, jak się okazało, różne ciała, od których odporność bierna zależy, istotnie przechodzą do mleka, mianowicie Ehrlich i Wassermann, Salomonsen i Madsen, Staubli, Griffon i Abrami, La Torre, Bertarelli i inni wykazali, że różne antytoksyny, ambocepty hemolityczne, precypityny oraz aglutyniny mogą wydzielać się z mlekiem. Odporność, powstała przez ssanie uodpornionej matki, oczywiście nie ma nic wspólnego z dziedzicznością, ale jest własnością nowo nabytą.

W innych doświadczeniach stwierdzano przeważnie odporność bierną, która mogła była powstać wskutek przejścia do ustroju płodu antytoksyn czy innych niweczników przez łożysko ze krwi matki. Wprawdzie nie wszyscy badacze zgadzają się na to, by ciała te przechodziły przez łożysko do płodu; posiadamy atoli szereg poważnych badań w tym kierunku, zwłaszcza nad przechodzeniem antytoksyn oraz aglutynin, mających pewien związek z odpornością (prace Polano, Konradiego, Lannelonguea i Acharda, Widala i Sicarda, Dieudonnégo, Chambrelenta i S. Philippea, Scholtza, Schumachera, Figariego, Remlingera i innych), a nadto za przechodzeniem rzeczonych istot przez łożysko przemawia ta okoliczność, że sztucznie wywołana odporność przechodzi na potomstwo na ogół znacznie łatwiej z matki, niż z ojca, a jak to twierdzą na podstawie swych doświadczeń Ehrlich oraz Wernicke, przechodzi ona na potomstwo wogóle tylko z matki, a nigdy z ojca. A zatem wydaje się najbliższym prawdy pogląd, że w sprawach zakaźnych, a może i w niektórych sprawach toksycznych, przekazanie potomstwu sztucznie wywołanej odporności polega na uodpornieniu łożyskowem, a więc jest sprawą, która również nie jest dziedziczną, ale tylko wrodzoną, nabytą w łonie matki. O dziedziczeniu się odporności mogłaby wówczas być mowa, gdyby było dowiedzionem, że odporność może przekazać uodporniony ojciec potomstwu, pochodzącemu z matki nie uodpornionej. Charrin i Gley na podstawie doświadczeń na królikach, uodpornionych na lasecznika ropy błękitnej, wprawdzie podają, że wyjątkowo to się zdarzyć może; Tizzoni i Centanni zaś podają, że i odporność na wściekliznę przechodzi u psów z ojca na potomstwo, a i Konradi w doświadczeniach na psach, uodpornionych na wściekliznę, znalazł, że i uodpornienie ojca odgrywa pewną rolę w powstaniu wrodzonej odporności potomstwa; atoli wobec tego, że w rzeczonych doświadczeniach nad dziedziczeniem się odporności nabytej na wściekliznę posługiwano się sukami, uodpornionemi czy to na tężec, jak to było w doświadczeniach Tizzoniego i Centaniego, czy to nawet na wściekliznę, jak to było w badaniach Konradiego, jak również wobec tego, że w doświadczeniach innych autorów odporność nabyta na wściekliznę nie przechodziła z ojca na potomstwo, sprawa ta dotąd jeszcze zupełnie wyjaśniona nie jest, a przeto za dowód dziedziczenia się własności nabytych służyć nie może. Dla wyświetlenia sprawy przekazywania potomstwu odporności nabytej byłoby rzeczą niezmiernie ważną, gdyby potwierdzono w przyszłości wyniki doświadczeń Jurewitscha, który znalazł, że u młodych królików, pochodzących z matek uodpornionych, ilość swoistych aglutynin z biegiem czasu wzrasta, tak, że po upływie kilku tygodni jest ich we krwi młodych więcej, niż we krwi matki, coby świadczyło, że matka może przekazywać potomstwu nietylko odporność bierną, ale i pewną właściwość komórek, ujawniającą się w ich stanie czynnym w danym określonym kierunku.

Doświadczenia, w których uszkadzano różne narządy wewnętrzne samic ciężarnych i znajdowano potem zmiany patologiczne odpowiednich narządów u młodych, również nie stanowią dowodu dziedziczenia się własności nabytych, a to dlatego, że powstałe u matki swoiste cytotoksyny mogły w tych doświadczeniach po przejściu przez łożysko działać na odpowiednie narządy płodów, a zatem sprowadzić u nich zmiany wprawdzie wrodzone, ale nabyte w czasie życia płodowego.

A zatem, jakkolwiek niektóre przytoczone spostrzeżenia i doświadczenia, mające świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, nawet przy szczegółowym i krytycznym ich rozbiorze uzasadniają przypuszczenie, że tak jest istotnie, przyznać trzeba, że żadne z nich ścisłego i niewątpliwego dowodu w tej mierze nie stanowi.

Słabe strony teoryi Weismanna. Owym uzasadnionym, jak sądzę, przypuszczeniom przeciwstawia się tezę o niedziedziczeniu się własności nabytych, wynikającą z teoryi Weismanna. Otóż należy zauważyć, że teorya ta nie jest niczem innem, jak tylko bardzo gruntownie przemyślanym wywodem z szeregu faktów, tłómaczonych w pewien sposób, które atoli i w inny sposób wytłómaczyć się dają; że zatem mieści ona w sobie również przypuszczenia, które siły rzeczywistych dowodów oczywiście nie posiadają. Przypuszczeniem takiem jest przedewszystkiem istnienie plazmy zarodkowej w rozumieniu Weismanna, a więc plazmy, zawartej w jądrze komórki rozrodczej, a po oddzieleniu się jej od plazmy somatycznej, od tej ostatniej zupełnie niezależnej. Już czysto teoretyczne rozważanie czyni owo pojęcie plazmy zarodkowej Weismanna trudno zrozumiałem; nie można bowiem sobie wyobrazić, jak to podnosi Kassowitz, w jaki sposób owa plazma, przynajmniej w pewnych okresach rozwoju danego tworu, z pewnością w niezmiernie małej ilości zawarta w jądrze komórki rozrodczej, może zawierać, mówiąc językiem Weismanna, wszystkie idy pokoleń poprzednich, co wydaje się rzeczą konieczną, jeśli mamy tłómaczyć zjawiska atawizmu zapomocą teoryi Weismanna.

Że istota dziedziczna, stanowiąca ową plazmę zarodkową, znajduje się nietylko w jądrze, ale i w protoplazmie komórki, dowodzą powyżej przytoczone badania, zwłaszcza wyniki doświadczeń Godlewskiego, nie pozostawiające żadnych wątpliwości w tej mierze.

Nadto wyniki badań nad regeneracyą, prowadzonych od przeszło 20 lat, świadczą o niesłuszności owego podziału plazmy, jaki wprowadził Weismann, na plazmę zarodkową i plazmę somatyczną. Badania botaników (Scorzonero, Strassburger) wykazały bowiem, że cała roślina może się odrodzić czyto z kawałka korzenia dorosłej rośliny (Leontodon), czy też z liścia (Begonia). Podobnie doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach niższych, wskazują, że po początkowych podziałach zapłodnionego jajka aż do okresu t. zw. morula, w którem twór składa się z 16 blastomerów, ze sztucznie oddzielonego jednego blastomeru, który zatem w warunkach prawidłowych, będąc w związku z pozostałymi blastomerami, daje $^{1}/_{2}$, $^{1}/_{4}$, $^{1}/_{8}$ lub $^{1}/_{16}$ zwierzęcia, powstać może całe zwierzę. Taksamo w doświadczeniach Roux na jajach żabich, po zniszczeniu jednej z dwu komórek, powstałych po pierwszym podziale jaja, powstawał cały zarodek żaby; a zatem i tutaj, przynajmniej po pierwszym podziale jaja plazma zarodkowa Weismanna nie jest w jednej części tworu ściśle zlokalizowana. Z badań nad odradzaniem się pokazało się również, że z małej części, odciętej od ciała polipów wód słodkich, cały polip może się odrodzić; że odrastają odcięte od tułowia robaków głowy, nożyce raków, ogon i nogi salamandry, dzioby ptaków. Wprawdzie pokazało się przytem, że ta regeneracya, która według określenia Delagea nie jest niczem innem, jak tylko generacyą części brakujących przez pewną część związaną z ustrojem lub też od niego oddzieloną, nie jest ścisłem powtórzeniem spraw, zachodzących przy powstawaniu danej części w ontogenezie; tak np. odrodzony ogon salamandry nie jest spłaszczony, ale walcowaty; w odrodzonym ogonie jaszczurki zamiast szeregu kręgów znajduje się jedna tylko chrząstka; u larw trytona w okresie, gdy oko już dawno jest wykształcone, po wyjęciu oka odradza się soczewka inaczej, jak powstaje w ontogenezie; wytwarza się ona mianowicie nie z listka zewnętrznego, ale z mezodermy, mianowicie z tkanki tęczówki. Atoli wyniki tych badań przemawiają naogół niewątpliwie przeciwko poglądowi Weismanna. Metaplazya, jaką spotykamy w stanach patologicznych u człowieka, świadczy również za tem, że w czasie, gdy plazma zarodkowa według Weismanna już oddawna jest od komórek somatycznych oddzielona i złożona w komórkach rozrodczych ustroju, owe komórki somatyczne nie są pozbawione zdolności wytwarzania komórek i tkanek odmiennych, że mają one pewną zdolność generacyi, jaką Weismann jedynie plazmie zarodkowej przypisuje. Podobnie doświadczenia zapoczątkowane przez Borna nad zrastaniem się dwu osobników przemawiają przeciwko owemu wprowadzonemu przez Weismanna dualizmowi plazmy. Niesłuszność podziału plazmy na część somatyczną, śmiertelną i zarodkową, nieśmiertelną, uwydatnia się najsilniej w wynikach doświadczeń, które wskazują, że z części somatycznej ustroju może odrodzić się cały ustrój, zawierający zatem i plazmę zarodkową. Pomocnicza hipoteza Weismanna o rezerwowej plazmie regeneracyjnej, która ma działać dopiero w razie potrzeby, jest oczywiście hipotezą zbudowaną »ad hoc«, mającą tłómaczyć sprzeciwiające się teoryi Weismanna zjawiska regeneracyi. Nie oparta na podstawach realnych, wikła ona tylko i osłabia teoryę Weismanna, stanowiąc jedną więcej z jej słabych stron. Jeśli wziąć pod uwagę, że plazma zarodkowa w zrozumieniu Weismanna ma zawierać drobiny, określające wszelkie cechy morfologiczne i czynnościowe danego ustroju, oraz przedstawiające wszelkie ich odmiany z pokoleń poprzednich, co dla wytłómaczenia zjawiska atawizmu jest rzeczą konieczną, a nadto, że pewna część plazmy zarodkowej, powyższe własności posiadającej, odkłada się w każdej komórce somatycznej, jako nieczynna plazma regeneracyjna; jeśli uwzględnić, że ta część plazmy zarodkowej rozdziela się na wszystkie komórki ustroju, których według Le Danteca człowiek posiada około 60 bilionów, owe hipotetyczne determinanty Weismanna stają się czemś, czego nawet wyobrazić sobie nie możemy.

Na mocy powyższych wywodów dojść musimy do wniosku, że jakkolwiek teorya Weismanna do wyświetlenia natury różnych zjawisk w dziedzinie dziedziczności okazała się wielce przydatną, nie może ona stanowić w dzisiejszym stanie nauki silnie utrwalonej zasady, któraby była założeniem właściwem w ocenianiu zjawisk dziedziczności, a względnie w rozstrzyganiu spornych w tej dziedzinie zagadnień. Tem samem nie może ona być przeszkodą w tłómaczeniu zjawisk w sposób wprawdzie niezgodny z poglądami Weismanna, ale uzasadniony co najmniej tak samo, jak jego teorya, a oparty na faktach stwierdzonych czyto przez ścisłe spostrzeżenia, czy doświadczenia na zwierzętach.

W sprawie dziedziczenia się własności nabytych, tak ważnej w patologii ze względu na choroby nabyte, pytanie sprowadza się do tego, czy istota dziedziczna, owa plazma zarodkowa Weismanna, po oddzieleniu się od reszty plazmy i odłożeniu się w komórkach rozrodczych jest w pewnym związku zależności od komórek somatycznych, czy też, jak to twierdzi Weismann, nie podlega zupełnie wpływom, wychodzącym z komórek somatycznych. Już liczne spostrzeżenia, poczynione przez biologów dawniejszych, przemawiały przeciwko poglądom Weismanna w tym względzie, przytoczę tylko uwagę Darwina co do zwierząt dzikich, u których zmiany, wywołane sztucznie w ośrodkach nerwowych, a warunkujące właśnie oswojenie tych zwierząt, w hodowli ich z pokolenia na pokolenie dziedzicznie się przekazują, a zatem przechodzą niejako przez plazmę zarodkową tych zwierząt. Atoli dopiero nowsze doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone umyślnie w celu wyświetlenia tego zagadnienia, sprawę tę wyświetlają i to na niekorzyść poglądów Weismanna. Już Walter Haspe do jajowodu królicy rasy belgijskiej wprowadził jajka otrzymane z królicy rasy duńskiej, poczem pokrył królicę królikiem rasy duńskiej. Z siedmiu młodych, rzuconych przez ową królicę, 5 miało znamiona rasy belgijskiej, a 2 rasy duńskiej. Przekonywające są jednak dopiero wyniki doświadczeń Guthriego, przeprowadzonych na kurach o różnej barwie upierzenia. Przekonawszy się przedewszystkiem, że ze zwierząt o pewnej barwie upierzenia rodzą się stale młode o tej samej barwie pierza, przeszczepiał Guthrie kurczętom, których waga wynosiła 650—750 gr., lewy jajnik, jaki u ptaków po zaniku prawego jedynie jest czynny, w ten sposób, że kurczętom białym po wycięciu własnego ich jajnika wszczepiał jajnik pochodzący z kurczęcia czar-

nego i na odwrót. Przekonawszy się dalej, że u zwierząt, przygotowanych w powyższy sposób, owulacya odbywa się prawidłowo, pokrywał już wyrosłe z nich kury kogutami o odpowiedniej barwie upierzenia. Kura czarna z jajnikiem pochodzącym z kury białej, pokryta kogutem białym, miewała potomstwo albo w połowie białe a w połowie czarne, albo białe czarno centkowane, albo też czarne o białych łapkach. Taksamo kura biała z jajnikiem przeszczepionym z kury czarnej, pokryta kogutem czarnym, miewała kurczęta białe, czarne i centkowane. A zatem w doświadczeniach tych plazma zarodkowa, zawarta w jajkach przeszczepionego jajnika, już oddawna od plazmy somatycznej oddzielona, podlegała wpływowi komórek somatycznych ustroju, do którego wraz z jajnikiem ją wszczepiono.

Doświadczenia Guthriego, podrywając jedną z najważniejszych bodaj podwalin teoryi Weismanna, osłabiły jej wartość tak dalece, że ocenianie zjawisk dziedziczności na podstawie tej teoryi, tak jak to jeszcze niedawno czyniło wielu biologów i lekarzy, byłoby dziś już anachronizmem. Już wyżej podniosłem, jak wielką jest zasługa Weismanna w nauce o dziedziczności; jego teorya dziedziczności z powyżej przytoczonych względów niewątpliwie będzie miała zawsze wielkie znaczenie historyczne, do czego zresztą już dziś wartość jej w wielkim stopniu się sprowadza. Jesteśmy zniewoleni, uznając w całej pełni wielką bystrość i krytycyzm jej autora, zaliczyć ją do rzędu licznych bardzo teoryi, zapomocą których, począwszy od Hippokratesa, aż do ostatnich czasów starano się zjawiska dziedziczności wytłómaczyć i ująć w pewne prawa ogólne, mające zastosowanie oczywiście nietylko w stosunkach fizyologicznych, ale i w patologii.

Znaczenie innych teoryi dziedziczności dla patologii. Teorye te, znane skądinąd, a odźwierciedlające w czasach dawniejszych poziom ogólnych pojęć biologicznych danej epoki, aż do czasów ostatnich w rozmaity sposób rzecz przedstawiające, dowodzą tylko tego, że istoty dziedziczności i różnych nawet zasadniczych w niej zjawisk umysł ludzki dostatecznie jeszcze nie zgłębił.

Pomijając poglądy dawniejsze, oparte na pojęciach takich, jak n. p., że gruczoły rodne, męzkie i żeńskie, wytwarzają nasienie dwojakie, męskie i żeńskie, lub też że własności potomstwa zależą jedynie od jajka, w którem plemnik tylko uwalnia niejako nagromadzoną energię, i późniejsze teorye, oparte na zasadzie czy to preformizmu, czy to epigenezy, tak ważnej dla patologii sprawy dziedziczenia się własności nabytych oczywiście nie rozstrzygają. To samo da się powiedzieć o nowszych teoryach chemicznych (Roux, Hofmeister), jak również o teoryach mnemicznych, w których niejasne zjawiska dziedziczności przyrównywa się do również ciemnych zjawisk pamięci. Od roku 1876, w którym Hering zwrócił uwagę na pewną analogię zjawisk obu tych kategoryi, różni biologowie, jako to Kl. Bernard, Hertwig, Orr, Cope i inni, analogię tę w swoich poglądach na zjawiska dziedziczności podnoszą; Ribot zaś wyraża to nawet w ten sposób, że pamięć jest zjawiskiem ogólno-biologicznem, a tylko przypadkowo psychologicznem. I najnowsze teorye mnemiczne sprawy dziedziczenia się własności nabytych nie rozstrzygają. Taką jest teorya, jaką podał przed kilku laty Semon, teorya t. zw. engramów, czyli śladów trwałych w materyi żyjącej, wywołanych przez bodźce działające na nią, których suma stanowi ową »mneme«, a które mogą ze stanu utajenia wzbudzać t. zw. bodźce ekforyczne, co według tej teoryi ma być istotą zdolności reprodukowania wszelkich wogóle własności, czy cech protoplazmy, a zatem i dziedzicznego ich przekazywania. Drugą taką teoryą jest teorya centroepigenezy, jaką podał niedawno Rignano; według tej teoryi istota zarodkowa stanowi t. zw. strefę centralną, to jest odrębną niedostrzegalną część tkanek ustroju, oddzieloną od plazmy somatycznej i różną od niej. W tej to strefie, jak w akumulatorze, prądy nerwowe mają osadzać coś, co może później wywołać te same prądy. Charakterystyczną dla wszystkich teoryi mnemicznych jest rzeczą, iż według wszystkich tych teoryi wpływy zewnętrzne, czy wewnętrzne, działające na ustrój, odbijają się na istocie dziedzicznej, wywołując w niej pewne zmiany, które, jakkolwiek są własnością nabytą, mogą w następnem pokoleniu się odtworzyć, a zatem przekazać się dziedzicznie.

Prawa i reguły dziedziczności. Już znacznie większe znaczenie, niż na hipotezach oparte teorye, mogą mieć dla patologii pewne prawa ogólne, wysnute ze ścisłych spostrzeżeń przyrodniczych w dziedzinie dziedziczności. Takiemi prawami są prawo biogenezy Haeckla, według którego ontogeneza jest powtórzeniem filogenezy niejako w zarysie, w streszczeniu, jak się wyraża Rignano, oraz wykryte przez Darwina prawo atawizmu, według którego przy łączeniu się osobników różnych ras, czy odmian, przedstawiających zatem w swej plazmie zarodkowej liczne odmiany, u potomstwa występują niezmiernie wybitnie cechy pierwotne; stwierdził to prawo Darwin na gołębiach, po nim stwierdzono je na królikach (Ziegler), oraz na świniach, które przy skrzyżowaniu pewnych ras swojskich, jako to niemieckiej i japońskiej, mogą dać produkt, zupełnie podobny do dzika. Powyższe prawo tłómaczy także tę okoliczność, że muł trudniej się oswaja, niż koń lub osioł, których skrzyżowania jest wytworem.

Dalej, przy badaniu cech i własności, przekazywanych potomstwu przez rodziców, pokazało się, że albo cechy i własności obojga rodziców występują u potomka w stanie zupełnego ze sobą zmieszania, tak że nawet w jednym i tym samym narządzie potomka obok cech ojcowskich występują cechy matczyne, albo też cechy ojcowskie i matczyne występują obok siebie u potomka w odrębnych jego częściach, co nazwano mozaikową postacią dziedziczności, albo też u potomka występują pewne cechy, przekazywane tylko przez jedno z rodziców, a odpowiednie cechy drugiego z rodziców nie występują w nim zupełnie, a względnie są w nim w stanie utajenia. Tego ostatniego przypadku tyczą się niezmiernie ciekawe reguły dziedziczności, jakie wykrył augustyanin Grzegorz Mendel; jakkolwiek Mendel ogłosił te reguły już w r. 1866, nie zwrócono na nie należytej uwagi, tak że dopiero około r. 1900 wykryli je powtórnie botanicy de Vries, Correns i Tschermak. Z wyniku doświadczeń, przeprowadzonych w ogrodzie klasztornym w Bernie z początku na grochu, a potem i na innych roślinach, wysnuł Mendel pewne reguły, potwierdzone później nietylko dla świata roślinnego, ale i dla świata zwierzęcego w doświadczeniach na ślimakach, motylach, rybach, kurach i psach, które dowodzą, że i zwierzęta regułom Mendla podlegają,czyli według nowego wyrażenia, wprowadzonego przez de Vriesa, »mendlują« (mendeln).

Pierwsza z tych reguł, t. zw. »reguła przewagi«, orzeka, że przy skrzyżowaniu dwu osobników, przedstawiających pewne odmiany w jakimś względzie, ujawnia się zazwyczaj u potomstwa przewaga jednej z danych cech; przypuszczano, że przeważającą jest cecha filogenetycznie starsza, atoli przypuszczenie to nie potwierdziło się. Reguła ta orzeka dalej, w jakim stosunku w dalszych pokoleniach występuje dana cecha przeważająca i odpowiednia cecha zanikająca. Już w roku 1888 zwrócił uwagę Eimer na to, że w rodzinach, w których n. p. ojciec jest blondynem, a matka brunetką, dzieci rzadko są szatynami, najczęściej zaś przeważa u nich czarny lub jasny kolor włosów, w danym przypadku zwykle czarny.

Druga reguła Mendla, t. zw. »reguła rozdziału«, orzeka, że już po złączeniu się odmian odpowiednich zawiązków, a względnie cech pochodzących od obojga rodziców w jednym osobniku, mogą się one rozdzielić w jego komórkach zarodkowych tak, że jedna część komórek zarodkowych otrzymuje jedną odmianę zawiązków, a druga część drugą ich odmianę, co się ujawnia w występowaniu każdej z tych cech oddzielnie u różnych osobników w następnem pokoleniu. Reguła ta jednakże nie zawsze da się stwierdzić

u potomstwa osobników o różnych odmianach zarodkowych, n. p. u potomstwa ojców białych z murzynek.

Według trzeciej reguły Mendla, t. zw. »reguły samodzielności cech«, każda poszczególna cecha danego osobnika ma w istocie dziedzicznej odrębny zawiązek, który zapełnie niezależnie od zawiązków innych cech może się łączyć w ustroju potomnym z innymi zawiązkami; stąd pochodzi przekazywanie potomkom jednych cech przez ojca, a innych przez matkę.

Powyżej przytoczone typy przekazywania dziedzicznego cech rodzicielskich potomstwu nie zawsze występują w postaci czystej; niekiedy bowiem występują postacie przejściowe pomiędzy tymi typami.

Kierunek przyszłych badań nad dziedzicznością patologiczną. W dzisiejszym stanie nauki powyższych praw, rządzących zapewne nietylko stosunkami fizyologigicznymi, ale i patologicznymi, w patologii jeszcze nie stwierdzono, co się da wytłómaczyć tą okolicznością, że cała nauka o dziedziczności patologicznej dopiero od bardzo niedawna jest ściśle przyrodniczo traktowana. Zanim będzie można wysnuwać jakieś wnioski ogólne z nauki o dziedziczności patologicznej, należy przedewszystkiem zebrać, a względnie stworzyć naukowy materyał, na mocy którego możnaby dopiero ustalić zasadnicze fakty w tej dziedzinie. Jak to bowiem wynika z powyższego przedstawienia rzeczy, nawet w tak zasadniczej dla patologii sprawie, jak dziedziczenie się własności, a względnie chorób nabytych, obracamy się jeszcze ciągle w świecie więcej lub mniej umotywowanych przypuszczeń, pozostawiających dla poglądów osobistych bardzo szerokie pole. A zatem kierunek przyszłych badań nad dziedzicznością patologiczną jasno jest wytknięty: sprawdzenie i naukowe opracowanie według współczesnych wymogów i z jak najdalej posuniętym krytycyzmem tego materyału, jaki w nauce o dziedziczeniu cech patologicznych posiadamy, co w pewnym zakresie w krakowskim Zakładzie Patologii już się czyni, oraz podjęcie nowych specyalnych badań doświadczalnych w tym względzie, które można wzorować na nowszych badaniach biologów nad dziedzicznością. Dopiero wówczas, gdy badania te dadzą wyniki dodatnie, uzyska się pewny grunt, na którym nauka o dziedziczności w patologii będzie mogła trwale się oprzeć.

Wnioski z nauki o dziedziczności ważne dla medycyny praktycznej. Jakkolwiek obecnie, w dzisiejszym stanie nauki o dziedziczności, zwłaszcza patologicznej, różne zasadnicze nawet pytania nie są jeszcze rozstrzygnięte, to jednak materyał naukowy, jaki już posiadamy w tej sprawie, pozwala, jak to zaznaczono we wstępie, na wysnucie zeń pewnych wniosków, mających znaczenie praktyczne.

Przedewszystkiem należy zauważyć, że poważne zaburzenia patologiczne, powstałe na tle dziedzicznem, prowadzą, jeśli nie do śmierci samego obciążonego osobnika, to w każdym razie do wygaśnięcia jego rodu. W dłuższym zaś szeregu pokoleń mogą utrzymywać się jedynie tylko takie na tle dziedzicznem powstałe zmiany, które ani czynności ważnych dla życia narządów, ani też czynności płciowych poważnie nie upośledzają. Są to zatem własności patologiczne słabszego niejako stopnia, które przy dziedzicznem ich przekazywaniu muszą jakby pokonać siłę, z jaką odpowiednie własności fizyologiczne, przez dziedziczność w długim szeregu pokoleń poprzednich utrwalone, mają dążność w nowym osobniku atawistycznie wystąpić. A zatem u potomstwa osobników patologicznych naturalną jest tendencya do stosunków pierwotnych, czyli fizyologicznych, a tem samem do stanu zdrowia dzięki tak silnemu w przyrodzie czynnikowi, jakim jest atawizm.

Z nauki o zapładnianiu wiadomo, że nie cała masa istoty chromatynowej jąder komórek rodnych wchodzi w skład nowego osobnika, ale że istota ta w okresie poprzedzającym zapłodnienie ulega redukcyi do połowy.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński

asystent kliniki.

(Dokończenie).

III. Antoni M., lat 22 wyrobn. ur. zam. Uherce p. Sanok. 16. VII. do 3. X. 1908 i 12. XII. 1908 do 9. I. 1909.

Duszność znaczna z przewagą duszności wydechowej. Powietrze dochodzi do płuc słabo, gorzej do płuca lewego. Świsty, gwizdy.

Nos: bez zmian.

Jama nosowo-gardłowa: okrężne zwężenie obu nozdrzy tylnych do wielkości małego groszku.

Krtań: bez zmian.

17. VII. Tracheo-bronchoskopia górna (Prof. Pieniążek). Naciek rozlany dolnej części prawej i tylnej ściany tchawicy, zwężenie okrężne obu oskrzeli na nieznacznej długości poza wejściem. Wyskrobanie tchawicy i oskrzeli. Oddech swobodny.

25. VII. Oddech znowu silnie utrudniony. Dla ułatwienia sobie zabiegu wykonano krikotracheotomię. Tracheobronchoskopia dolna z wyskrobaniem nacieków w dolnej części tchawicy i przy wejściu do oskrzeli, których głębsze odcinki tylko na tępo rozszerzono, poczem oddech swobodny utrzymywał się stale aż do wyjścia chorego z kliniki, a wykonane tymczasem dwie następne bronchoskopie nie wykazały już nacieków, ani zwężenia. Chory wraca do kliniki w dwa miesiące później 12. XII.

Tracheoskopia dolna: Klin podziałowy silnie zgrubiały. Ponad nim na tylnej i lewej ścianie tchawicy dość obfite nacieki twardzielowe. Wejścia i same oskrzela obecnie zmian nie okazują.

22. XII. Tracheoskopia dolna: w tchawicy zmian nie ma, klin podziałowy zgrubiały. Oddech swobodny.

5. I. 1909. Stan tensam, więc 9. I. chory opuszcza klinikę.

16. X. 1909. Chory powraca z dusznością średniego stopnia.

Nos (już obecnie zajęty): nierówne, guzkowate nacieki dna, ścian bocznych (bez małżowin) i przegrody.

Jama nosowogardłowa: do zmian dawniejszych dołączyło się wciągnięcie języczka na tylną ścianę podniebienia miękkiego.

Krtań i teraz jeszcze bez zmian.

Tchawica: w całej jej rozciągłości, począwszy od przetoki po tracheotomii, rozlany naciek, przy wyskrobywaniu — twardy. Klin znacznie zgrubiały. Naciek z bocznych ścian tchawicy przechodzi na oba oskrzela. Wyskrobanie obu oskrzeli i tchawicy, długa elastyczna kaniula. Od czasu do czasu powtarza się wyskrobywanie przy bronchoskopii dolnej.

20. II. 1910. Chory opuszcza klinikę ze znacznie lżejszym oddechem.

IV. Breindel W., szwaczka, urodzona w Husiatynie, mieszka naprzemian w Husiatynie, Krakowie, Wiedniu. W 21. roku życia t. j. 1895, przeszło rok już chora, była leczona (21. VI. do 8. VIII. 1895), z powodu twardzieli nosa, jamy nosowogardłowej i krtani. Wykonano wówczas tracheotomię, laryngofisurę, a po ustąpieniu zwężenia krtani usunięto kaniulę.

Drugi raz była chora w klinice w r. 1901 od 6. X. do

21. XI. głównie z powodu okrężnego zwężenia dolnej połowy tchawicy przez naciek twardzielowy w postaci bladoróżowych granulacyi, a w innych miejscach szary i rozlany. Wejście do obu oskrzeli widoczne, do prawego szerokie, do lewego szczelinowate, klin podziałowy zgrubiały. Tracheotomia w dawnej bliźnie i kilkakrotne wyskrobywanie ostrą łyżeczką przy dolnej tracheoskopii; kaniula elastyczna przez długi czas.

W roku 1904 (10. VI. do 26. VI.) znowu zwężenie tchawicy na większej jeszcze przestrzeni i dwukrotne wyskrobanie tchawicy.

Chora zgłasza się ponownie dopiero 15. VIII, 1907, jako ambulantka. Chora przebywała przez rok w Wiedniu, gdzie jej atoli, jak podaje, nie chciano leczyć. Pomimo kaniuli chora oddycha bardzo ciężko, na wargach sinica.

Tracheoskopia dolna: cała tchawica, już od przetoki począwszy, okrężnie zwężona. Naciek szarawo biały, twardy, wyskrobano; gdy mimo to zwężenie trwało dalej, przystąpiono do badania części głębszych i wyskrobano okrężne zwężenia wejść do obu oskrzeli, a gdy i to nie usunęło silnej duszności, wyskrobano jednostajny naciek, silnie zwężający oba oskrzela na całej ich długości. Mimo to nie zdołano jeszcze dostatecznie odsłonić i przywrócić drożności oskrzelom drugorzędnym i wśród objawów duszności (częściowo nacieki, częściowo dość znaczne krwawienie w czasie całego zabiegu) chora w dwie godziny później zmarła.

Sekcya wykazała naciek bliznowaty, twardy, obejmujący na całej długości tchawicę, oskrzela główne i drugorzędne. Oskrzela drobne, znacznie porozszerzane, a w nich znajduje się ropa.

Prof. Pieniążek tłómaczy ten przypadek następująco: Zbyt długie pozostawienie swobody bujania naciekom twardzielowym mimo istniejącego zwężenia doprowadziło do tego, że twardziel, która w ciągu dziesięcioletniego trwania, mimo częstych odnawiań się, nie przekroczyła wejść do obu oskrzeli, — nie doznając żadnej przeszkody, nie powstrzymywana zabiegami operacyjnymi, które choć jej wprawdzie doszczętnie nie leczą, to jednak opóźniają bujanie, a przyspieszają przemianę włóknistą, w krótkim stosunkowo czasie rozlała się aż na drugorzędne oskrzela i z tą chwilą musiała nieodwołalnie wywołać śmierć z uduszenia.

Z pośród wszystkich 273 chorych twardzielowych zmarło w klinice laryngologicznej lub na innych oddziałach szpitalnych ogółem 16 chorych, czyli śmiertelność wynosiła 5·86%. Na karb jednakże samej twardzieli lub zabiegów operacyjnych należy położyć tylko 5 przypadków, a zatem śmiertelność przedstawiać się będzie jako 1·83%. Według ostatecznej przyczyny zejścia śmiertelnego te 16 zgonów dzieli się następująco:

Przyłoczone liczby wskazują ilość przypadków twardzieli danego powiatu.

Tuberculosis pulmonum; wśród nich jeden chory z twardzielą I. i II. rzędnych oskrzeli	9
pyaemia post abortum	1
scarlatina (nabyta od dziecka karmionego piersią)	1
aspiracya krwi do płuc po operacyi śródkrtaniowej w trzecim roku choroby	1
aspiracya krwi do płuc po rurce Schröttera Nr 6 po trzeciem jej wprowadzeniu w odstępach dwudniowych w 18. roku choroby; krwawienie z tchawicy	1
opisane powyżej uduszenie się chorej z twardzielą krtani i tchawicy; chora nie zezwoliła na wykonanie tracheotomii, a późniejsza operacya po wystąpieniu asfiksya była już spóźniona	1
aspiracya krwi do płuc u chorej, u której z powodu twardzieli nosa, gardła, ze zwężeniem jamy nosowogardłowej, krtani, tchawicy i oskrzeli (aż do początku oskrzeli drugorzędnych) w odstępach trzechtygodniowych w ciągu 9 miesięcy powtarzano wyskrobywania już to tchawicy już to oskrzeli i przy jednem z nich wśród znaczniejszego krwawienia doszło do aspiracyi większej ilości krwi i śmierci w 7. roku choroby	1
opisane powyżej uduszenie się chorej, u której twardziel sięgała do drugorzędnych oskrzeli	1
Razem	16

Wiek chorych w czasie objęcia ich po raz pierwszy w leczenie przedstawia się następująco:

do lat	mężczyzn	kobiet	razem
5	—	—	—
10	2	1	3
15	6	10	16
20	18	44	62
30	57	74	131
40	19	16	35
50	7	13	20
60	1	1	2
70	1	3	4
	111	162	273

a zatem twardziel występuje we wszystkich klasach wieku, od pierwszego do siódmego dziesiątka lat. Najliczniejsze jednak ofiary stanowią ludzie w wieku między 20. a 30. rokiem życia. Jak w drugim dziesiątku lat liczba twardzielowych nagle się wznosi, tak znowu po 30 roku nagle spada i jakkolwiek twardziel może wystąpić w każdym okresie życia, to jednak w wieku późniejszym coraz rzadziej się to zdarza. Najmłodszy nasz chory liczył siedem lat (Wincenty Ch., l. 7, syn wyrobnika z Wielowsi pow. Tarnobrzeg. Rhinitis atrophica, Scleroma laryngis sub forma chordit. vocalis infer. hypertroph.; dwie laryngofisury, przypalania elektrokauterem, rurki Schröttera i tubusy); najstarsza chora liczyła 70 lat, a była to również twardziel krtani (Chorditis vocal. hypertr. infer.) i górnej części tchawicy ze zwężeniem średniego stopnia.

Według zawodów było:

wyrobników	110
służących	27
rolników	53
handlarzy, kupców	15
wojskowych	5
rzemieślników	25
żon urzędników	2
nauczycielka	1
właściciel furmanek	1
położna	1
uczniów szkół średnich	3
ksiądz	1
przy rodzicach, bez zajęcia	29
Razem	273

Według wyznania (narodowości protokoły szpitalne nie notują):

wyznania rzymsko-katol.	162
» grecko-katol.	75
» mojżeszowego	36
Razem	273

Twardziel rozrzucona jest niemal równomiernie po całej Galicyi. Na 70 powiatów, na jakie cały kraj się dzieli, tylko z 13 nie mieliśmy w klinice ani jednego przypadku twardzieli. Pewną nadwyżkę, jaką co do ilości przypadków twardzieli okazuje zachodnia część kraju (121) w porównaniu ze wschodnią (111), należy w wielkiej mierze położyć na karb tego, że chorzy ze wschodniej Galicyi szukają pomocy w pierwszym rzędzie w szpitalu lwowskim, jako bliżej dla nich położonym. Dokładniejsze daty statystyczne pod tym względem dałoby zapewne zestawienie ze statystyką szpitala lwowskiego, którą niestety nie rozporządzam. Przytoczona poniżej tablica wykazuje rozmieszczenie twardzieli w poszczególnych powiatach w odstępach 5-letnich, z niej też łatwo można się przekonać, że ilość powiatów, w których twardziel występuje, coraz bardziej się zwiększa, a niektóre powiaty, jak Nisko, Ropczyce, Brzozów, wykazują również stałe wzrastanie liczby przypadków twardzieli.

Powiat	1895—1899	1900—1904	1905—1910	Razem
Bobrka	1	—	—	1
Bochnia	—	—	2	2
Bohorodczany	—	1	—	1
Borszczów	3	1	1	5
Brody	1	—	—	1
Brzesko	2	2	2	6
Brzeżany	1	—	—	1
Brzozów	2	3	4	9
Buczacz	1	1	1	3
Cieszanów	—	3	3	6
Chrzanów	—	—	1	1
Czortków	3	1	—	4
Dąbrowa	—	2	2	4
Dobromil	—	—	2	2
Drohobycz	1	—	—	1
Gorlice	2	—	1	3
Gródek	1	—	—	1
Horodenka	1	—	—	1
Husiatyn	1	2	5	8
Jarosław	6	2	2	10
Jasło	1	1	—	2
Jaworów	1	—	1	2
Kałusz	1	—	—	1
Kolbuszowa	2	—	2	4
Kołomyja	—	—	2	2
Kraków	2	2	2	6
Krosno	3	1	1	5
Leżajsk	1	—	1	2
Lisko	2	1	2	5
Łańcut	—	1	1	2
Mielec	2	1	3	6
Mościska	1	—	—	1
Myślenice	—	—	1	1
Nisko	5	4	7	16
Nowy Sącz	—	1	—	1
Podgórze	—	—	1	1
Podhajce	2	—	2	4
Pilzno	—	—	1	1
Przemyślany	—	—	1	1
Przemyśl	—	1	—	1
Przeworsk	—	1	1	2
Rawa Ruska	1	1	1	3
Rohatyn	1	1	—	2
Ropczyce	3	6	4	13
Rzeszów	2	2	1	5
Rudki	—	—	1	1
Sanok	2	2	3	7
Sambor	—	1	1	2
Skałat	5	—	1	6
Stare-Miasto	2	—	—	2
Sokal	3	2	—	5
Stryj	1	1	1	3
Strzyżów	3	1	—	4
Tarnów	1	2	1	4
Tarnobrzeg	3	2	3	8
Tarnopol	—	4	3	7
Tłumacz	2	—	—	2
Trembowla	1	4	3	8
Turka	—	1	—	1
Wadowice	1	—	—	1
Wieliczka	2	1	1	4
Zaleszczyki	1	—	—	1
Zbaraż	1	—	—	1
Zborów	—	—	1	1
Żółkiew	2	—	1	3
Żywiec	1	1	—	2
Ambulant z niewiadomego powiatu	—	—	1	1
Z poza Galicyi	—	—	—	40
			Razem	273

Z powodu, że u większości chorych miejsce urodzenia jest zarazem ich miejscem zamieszkania, a inni chorzy, zwłaszcza służący i wyrobnicy, za każdym pobytem w szpitalu podają coraz to inne miejsce zamieszkania, zestawiłem tę tablicę na podstawie miejsca urodzenia. Dla jaśniejszego przeglądu załączam również mapkę Galicyi, sporządzoną przez Baurowicza przy ogłoszeniu w »Archiv für Laryngologie« pierwszych 100 przypadków twardzieli z kliniki prof. Pieniążka, którą tylko dalszemi liczbami uzupełniam.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr H. Schlesinger: **Wskazania do zabiegów chirurgicznych przy chorobach wewnętrznych.** (Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen für den Praktiker bearbeitet von Prof. Dr H. Schlesinger mit einem Anhange von Prof. Dr J. Schnitzler). Fischer. Jena 1910.

Dzieło powyższe, doczekawszy się licznych tłómaczeń na różne języki, wychodzi obecnie w drugiem wydaniu, znacznie przerobionem z powodu zaszłej tymczasem zmiany poglądów. Dzieło to zaliczyć można do dzieł nader pożytecznych dla lekarzy praktyków, uwzględniających wskazówki z pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii.

Dzieło (600 stronic) obejmuje 18 rozdziałów, a każdy rozdział zawiera, zwięźle ujęte, uwagi o etyologii, anatomii patologicznej, rozpoznaniu i przebiegu danego cierpienia oraz przegląd najważniejszych i najnowszych monografii, aby umożliwić czytelnikowi w razie potrzeby dokładniejsze rozpatrzenie się w literaturze danej jednostki chorobowej. Co do zabiegów chirurgicznych, podane są w każdym poszczególnym przypadku wskazania i przeciwwskazania, skutki zaniechania wskazanych zabiegów, a pomyślne skutki ich wykonania, jak również niebezpieczeństwa, towarzyszące poszczególnym zabiegom chirurgicznym. Dokładnie, a krytycznie uwzględnia autor wyniki najnowszych badań nad chirurgią chorób płuc (jamy oskrzelowe, gruźlica, ropnie, rozedma, zgorzel płuc). Trudno byłoby przechodzić szczegółowo różne obrazy chorobowe, roztrząsane w pracy omawianej. Wspomnę tylko o zapaleniu wyrostka robaczkowego, tak bardzo zajmującem lekarzy praktyków. Przedstawienie obrazu i wskazówki autora są ścisłe i jasne. Jeżeli przy zapaleniu wyrostka gorączka utrzymuje się dłużej, aniżeli 5 dni, można z największem prawdopodobieństwem przyjąć, że rozwija się ropienie. Taksamo przemawiają za ropieniem powtarzające się podniesienia gorączki, z przerwami, wolnemi od gorączki, a nadto trwałe lub wzmagające się stale przyspieszenie tętna. Przy znacznych ropieniach może gorączka z czasem ustać. Zapalenie otrzewnej, pojawiające się przy zapaleniu wyrostka bez miejscowego guza w okolicy kątnicy, pociąga za sobą zazwyczaj ciężki zapad i kończy się śmiercią. Niekiedy można spostrzegać stopniowo postępujące zapalenie ropne otrzewnej, przy którem bywa zazwyczaj nieregularny przebieg gorączki, a tkliwość i bolesność oraz opór, istniejący zrazu tylko nad prawym talerzem biodrowym, szerzą się stopniowo i dają się stwierdzić na całym brzuchu. Częste dreszcze i poty, przy braku guza, przemawiają za tem, że bolesność w brzuchu pochodzi od zapalenia żyły wrotnej (pylephlebitis). Zdaniem Schlesingera ważne znaczenie rozpoznawcze ma objaw Blumberga, t. j. występowanie bolu nietyle przy samym ucisku, ile po nagłem odjęciu uciskającej ręki; natomiast niepewny jest objaw Rovsinga, t. j. powstawanie bolu w okolicy kątnicy przy ucisku na lewe podbrzusze. O ile istnieją wahania ciepłoty, wstępne wymioty i objawy zapalenia otrzewnej lub ropnicy, to wówczas bolesność okolicy wyrostka robaczkowego czyni rozpoznanie pewnem. Zachowanie się leukocytów nie może stanowić pewnej podstawy do przyjęcia ropienia, aczkolwiek jednorazowe choćby wystąpienie liczby 20.000 w mm^3 przemawia za ropieniem. Leukopenia przy równoczesnem ogólnem zapaleniu otrzewnej jest złym prognostykiem. Utrzymywanie się miejscowego guza przy spadającej liczbie krwinek białych dowodzi otorbienia. Schlesinger jest przeciwnikiem nakłuwania próbnego celem stwierdzenia ropy. Chełbocący guz w miednicy małej, pozostający w związku z oporem nad talerzem biodrowym, dowodzi niezbicie ropy. Autor podaje szczegółowe wskazówki, kiedy należy operować natychmiast lub »na gorąco«, a kiedy należy napad przeczekać i operować »na zimno«, jak się zachować przy równoczesnem powikłaniu z ciążą i jakie są przeciwwskazania operacyi.

Nadmienić muszę, że liczne historye chorób wplecione dla ilustracyi, czynią czytanie dzieła znacznie przyjemniejszem i łatwiejszem, że sposób pisania jest krótki i dobitny i że podział materyału bardzo ułatwia rozejrzenie się w przedmiocie. Jednem słowem, dzieło Schlesingera jest bardzo pożyteczne dla lekarza praktykującego, internisty i chirurga.

Dr M. Blassberg.

Piśmiennictwo bieżące.

Ginekologia i położnictwo.

Mykiertyczianc. **Mammina Poehla, jako nowy środek leczenia włókniako-mięśniaków i zapaleń przewlekłych macicy.** (Wracz. Gaz. 1910. Nr. 1—2). Autor przedstawia wyniki swych spostrzeżeń, zebranych w klinice moskiewskiej. Wszystkich spostrzeżeń zebrał 50; w tej liczbie było 26 włókniako-mięśniaków, 24 zapaleń przewlekłych macicy. Wielkość włókniako-mięśniaków wahała się między orzechem laskowym a pięścią człowieka dorosłego. Zupełne zniknięcie nowotworu zauważył M. w 2 przypadkach, zmniejszenie się guza o dwa do trzech razy — w 10 przypadkach, zmniejszenie się guza mniej niż dwa razy — w 11 przypadkach. W 3 przypadkach leczenie nic wywarło żadnego wpływu. W 11 na 12 przypadków znikły krwotoki i powróciła prawidłowa miesiączka. W przypadku dwunastym krwotoki stały się rzadsze i mniej obfite. Bóle znikły w 17 na 21 przypadków, białe upływy w 11 na 15. M. dodaje, że u 6 chorych systematyczne leczenie ergotyną i wyciągiem gorzknika kanadyjskiego (hydrastis) nie dało żadnych wyników. W czasie leczenia mamminą chore czuły się doskonale i ogólny stan ich znakomicie się poprawił.

Przewlekłych zapaleń macicy spostrzegał M. 24 przypadki. Krwotoki ustały we wszystkich 7 przypadkach, w których je spostrzegano; w 11 na 14 przypadków miesiączkowanie stało się prawidłowem. Bóle znikły w 12 na 20, zmniejszyły się w 5 przypadkach. Białe upływy znikły w 7 na 17, a zmniejszyły się w 9 przypadkach. Po dłuższem podawaniu mamminy wielkość macicy powracała do granic prawidłowych, krwotoki ustawały po 2—4 dniach leczenia; bóle i upławy zmniejszały się po 1—2 tygodniach i znikały najpóźniej po 1—2 miesiącach leczenia. M. podnosi, że w wielu przypadkach przestrzykiwania z wody gorącej, powietrze gorące, ergotyna, wyskrobanie, nie dały wyników dodatnich, natomiast po podaniu mamminy objawy choroby w krótkim stosunkowo czasie ustępowały.

M. podawał mamminę w kołaczykach po 0,50 od 3—6 razy dziennie w czasie jedzenia lub wstrzykiwał 2% roczyn co 1—2 dni w ilości 2,00. Często stosował M. obydwa te sposoby jednocześnie. W końcu przytacza M. szczegółowe opisy swoich przypadków i podaje następujące wnioski: 1) Mamminę Poehla należy uznać za skuteczny środek w leczeniu włókniako-mięśniaków macicy i każdy taki przypadek należy leczyć mamminą najmniej w ciągu 1—2 mie-

sięcy i tylko w razie wyniku ujemnego należy przystąpić do operacyi. 2) Najlepsze wyniki daje leczenie mamminą w tych przypadkach, kiedy macica jest wielkości 4—5 miesięcznej ciąży. Gdy macica jest większa, leczenie nie wywołuje zmniejszenia się nowotworu, jednakowoż usuwając krwotoki i wzmacniając ustrój, pozwala wybrać dogodniejszy czas dla operacyi i wykonać ją w bardziej sprzyjających warunkach. 3) Mammina działa analogicznie do ergotyny lub gorzknika, przewyższa je jednak skutecznością. 4) Jak się zdaje, podawanie mamminy w ciągu dłuższego czasu ($1-1^1/_2$ roku) nie jest szkodliwe dla ustroju.

L. Mańkowski.

A. Bauereisen. **Stosunki między białkiem mleka kobiecego i białkiem surowicy matki i dziecka.** (Arch. f. Gyn. 90, z. II). Ciała proteinowe siary i późniejszego mleka okazują blizkie pokrewieństwo między sobą, jakoteż z białkiem surowicy krwi matki. Pewne pokrewieństwo, choć w mniejszym stopniu, dało się wykazać także między kazeiną, a proteinami mleka i krwi. Surowica krwi noworodka, który jeszcze nie ssał, zawiera te same antygeny (substancye wytwarzające ciała zobojętniające), jak i surowica krwi matki, choć w mniejszej ilości. Ta różnica ilościowa polega na większej względnie mniejszej zawartości ciał białkowatych z surowicy matki wzgl. dziecka. Zmniejszenie wagi ciała noworodka mniej więcej do 5. dnia życia należy odnieść nietylko do wydalania smółki, moczu i wody, lecz także do bezpośredniego zużycia tłuszczu i białka ustrojowego, które się uwidocznia w zmienionej zawartości białka surowiczego w pierwszych dniach życia. Po 5. dniu zwykle noworodek zaczyna przybierać na wadze; istotnie krzywa zawartości białka również zaczyna się podnosić i wzrasta odtąd stale, aż mniej więcej około 10. miesiąca życia dosięga wysokości krzywej białka u dorosłych. W 10. miesiącu przechodzi więc surowica o małem działaniu zobojętniającem w stan niejako dojrzały surowicy o zupełnem działaniu ochronnem, jakie posiada prawidłowa krew dorosłego człowieka. Jedynem pożywieniem, które zdoła ochronić noworodka zupełnie przed utratą na wadze lub pozwala znowu szybko odzyskać wagę, jest siara matki, co daje się zresztą udowodnić na drodze chemicznej i biologicznej. Siara kobieca zawiera w pierwszym dniu około 8—9% białka; ilość ta zmniejsza się z dnia na dzień, tak że w 10. dniu dochodzi do minimum 1%, utrzymującego się już przez wszystkie miesiące karmienia. Chcąc noworodka napewno uchronić przed początkowym ubytkiem wagi, który dotychczas uważano za nieuchronny, należy matce w czasie ciąży dawać pożywienie obfitujące w białko, pępowiny nie należy zbyt prędko podwiązywać, noworodka należy jak najwcześniej przyłożyć do piersi matki. Białko siarowe jest dla noworodka wprost niezbędne, nie dające się niczem zastąpić. Nadto dzięki zawartości ciał proteinowych, chemicznie i biologicznie pokrewnych białku surowicy mleka, stanowi siara stopniowe przejście do odżywienia późniejszem mlekiem matki, i wzbogaca surowicę krwi noworodka białkiem, które jest zdolne wywołać działanie uodporniające. Pewne ciała uodporniające matek, czynnie lub biernie uodpornionych, zostają również przez siarę przeniesione na noworodki.

E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Staneulcanu i Radu. **W sprawie etyologii jaglicy.** (C. R. Soc. de Biol. 1909 półrocze I.). Autorowie podjęli poszukiwanie tworów o postaci sferycznej lub eliptycznej, znajdowanych w jaglicy przez Prowazka, Greefa, Clausena i innych. Zeskrobaną z chorej spojówki miazgę barwili metodą Leischmanna, przyczem we wszystkich przypadkach znajdowali obok prawidłowych komórek nabłonkowych, komórki odrębne, zawierające twory eliptyczne lub sferyczne. Twory te barwiły się błękitno lub fioletowo, jak jądro komórki i miały postać dwoinek. Zwykle w komórce można było znaleść jedną tylko taką dwoinkę obok jądra. Gdy zaś było ich dwie, to zajmowały one przeciwległe bieguny komórki, a od nich ku jądru ciągnęły się drobniutkie ziarenka. Czasami twory te wypełniały całkowicie komórkę, która wtedy traciła swe kształty, a obok niej znajdowały się również twory podobne. W przewlekłych postaciach jaglicy twory te bardzo rzadko można było widzieć. Natomiast można je było znaleść w chalazion, tylko w cokolwiek zmienionej postaci.

L. Mańkowski.

A. Curtil. **Przypadek błoniczego zapalenia spojówki o łagodnym przebiegu. Obecność prątków Loefflera w spojówce przez szereg miesięcy po wyleczeniu.** (Rev. gén. d'Opht. 1909. Nr. 10). W pewnym przypadku błoniczego zapalenia spojówki badanie bakteryologiczne, przez przeciąg trzech miesięcy po wyzdrowieniu często ponawiane, wykazywało obecność prątków Loefflera w czystej hodowli. Na błonie śluzowej gardła, krtani i nosa jest to zjawisko oddawna znane. Należałoby się na podstawie dalszych badań klinicznych przekonać, czy tak samo ma się rzecz po przebyciu błoniczego zapalenia spojówki. W każdym razie u ozdrowieńców po takiem zapaleniu należy przez czas dłuższy powtarzać badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej i w razie obecności prątków Loefflera zarządzić odpowiednie środki ostrożności i przestrzedz otoczenie przed niebezpieczeństwem przeniesienia się błonicy.

K. W. Majewski.

Prof. Wicherkiewicz. **Zajęcie ócz w następstwie wietrznej ospy.** (Postęp okul. 1900. Nr. 4). Autor opisuje przypadek, dotyczący siedmioletniej dziewczynki, u której w przebiegu ospy wietrznej spostrzegał na oku zmiany w postaci chrostek na skórze powiek, na brzegu rzęsowym, oraz głęboki nacick w środku rogówki. Nadto spojówki powiek i załamków pokryte były błoną, rzekomo dającą się zdjąć bez trudu. Z wejrzenia pęcherzy na skórze powiek, nie różniących się niczem od chrostek wysypki ospowej, rozsianych po twarzy i ciele dziecka, wnosi autor, że zmiana na rogówce nie była niczem innem, jak objawem wysypki ospowej, usadowionej na oku w sposób wprost niezwykły.

K. W. Majewski.

Roy. **Samoistna torbiel surowicza, swobodnie pływająca w przedniej komorze.** (Ophthalmology 1909. V. VI. nr. 1). U 21-letniej krawczyni wykazało badanie w przedniej komorze prawego oka wolno pływający pęcherzyk, postaci jajowatej, wypełniony cieczą przejrzystą. Na otoczce pęcherzyka widoczne były złogi brunatnego barwika, tej samej barwy, co tęczówka. Pęcherzyk bez śladu jakiejkolwiek szypułki pływał w cieczy wodnej o tyle swobodnie, o ile na to w tak szczupłej przestrzeni wielkość jego pozwalała. Gałka oczna, a w szczególności tęczówka nie okazywała żadnych zmian, ani żadnych objawów zadrażnienia. Autor przypuszcza, że torbiel powstała z przyczyn niewyjaśnionych w tylnej komorze z barwikowej warstwy tęczówki lub ciała rzęskowego. Szypułka, na której niewątpliwie torbiel z początku wisiała, uległa przerwaniu, a tak oswobodzony pęcherz przy ruchach oka i źrenicy wydobył się do przedniej komory.

K. W. Majewski.

Genning i Hill. **Etyologia zapalenia tęczówki.** (Ophthalmology 1909. V. VI. nr. 1). Autorowie podają zestawienie, obejmujące 500 przypadków. W tej liczbie przyczyną była kiła w 307 przyp. (61·4%), gościec w 127 przyp. (25·4%), wiewiór w 26 przyp. (5·2%). Widać z tego, że te trzy czynniki etyologiczne razem wzięte wywołują zapalenie tęczówki w 92% przypadków. Pozostałych 8% rozdziela się na następujące schorzenia ogólne: grypa, dur brzuszny, zimnica, gruźlica, porody i połogi, zapalenie błony śluzowej macicy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc, odra, dna, cukrzyca, wreszcie niektóre zatrucia.

K. W. Majewski.

Würdemann. **Wydobywanie zaćmy w torebce.** (Ophthalmology 1909, V. VI., Nr 1). Würdemann opiera swe zdanie o wartości tej metody operacyjnej na 45 przypadkach, opisanych bardzo dokładnie. Wydaje on o operacyi tej sąd korzystny. Z zachowaniem koniecznych prze-

pisów technicznych, które omawia szczegółowo, można bez obawy powikłań wydobywać soczewkę w zamkniętej torebce we wszystkich przypadkach zaćmy pierwotnej niepowikłanej. Nie poleca się operować tym sposobem zaćm urazowych, zaćm bardzo przejrzałych (cataracta morgagniana, cataracta tremula, subluxata i t. d.), ani zaćm wrodzonych, lub powstających w młodocianym wieku. Główną korzyścią, jaką daje ta operacya jest, że odsłania ona odrazu źrenicę czarną, operowany zatem daleko prędzej uzyskuje ostateczny wynik optyczny, który nieraz długo daje czekać na siebie, jeśli w źrenicy pozostają resztki kory i torebki. Odpada również potrzeba tak częstych rozcięć (dyscysyi), bo zaćma wtórorzędna niema z czego powstać. Nie widuje się też tak często zapalnych stanów tęczówki i uporczywego zadrażnienia oka, a wynik optyczny w znacznej większości przypadków jest bardzo korzystny, wyższych stopni niezborności rogówkowej da się uniknąć przez zachowanie reguł wzorowej techniki operacyjnej. Leczenie pooperacyjne może być bardzo uproszczone: pierwsza zmiana opatrunku dopiero na piąty dzień po operacyi, czasem nawet później. Atropinizacya zazwyczaj zbyteczna. Wszystkie te korzyści równoważą w zupełności szkody i niebezpieczeństwa, jakiemi zagraża ewentualna utrata ciała szklistego podczas operacyi. Zresztą powikłanie to zdarza się nie o wiele częściej, niż przy zwyczajnem wydobyciu zaćmy z rozcięciem torebki. K. W. Majewski.

Prof. Wicherkiewicz. **Niezwykły przypadek przyrodzonego zwichnięcia soczewki.** (Postęp okul. 1909, Nr 6). W przypadku wrodzonego zwichnięcia soczewek na obu oczach zamierzył W. na jednem oku wykonać wydobycie soczewki, wyprowadzonej do przedniej komory i uwięzionej przez następowe zwężenie źrenicy zapomocą ezeryny. Przy pierwszej próbie wywołał jednak ten manewr przygotowawczy gwałtowny napad jaskry z zaćmieniem rogówki i obniżeniem bystrości wzroku do samego tylko poczucia światła. Przy ponownej próbie postąpiono o tyle odmiennie, że wydobycie wykonano natychmiast po »uwięzieniu« soczewki w przedniej komorze, zanim jakiekolwiek objawy jaskry zdołały się wytworzyć. Przebieg gojenia był prawidłowy, wynik zaś optyczny na razie nie zadowalniający z powodu zaćmienia rogówki, jakie pozostało po napadzie jaskry. K. W. Majewski.

J. Żurkowski. **Powierzchnie toryczne i zastosowanie ich do okularów.** (Postęp okul. 1909, Nr 4). W pracy tej podaje autor geometryczne definicye brył i powierzchni torycznych, które, jak wiadomo, powstają z obrotu koła do około linii leżącej w jego płaszczyźnie, ale nie przechodzącej przez jego środek. Jeżeli ta oś obrotu leży poza obrotem koła, wtedy koło to opisze bryłę w postaci litego pierścienia. Szkła toryczne są skrawkiem w ten sposób powstałej bryły. Powierzchnie ich zatem posiadają w dwóch kierunkach skrajnie różną refrakcyę. Zależnie od tego, czy skrawek wycięty jest z samego pierścienia, czy z jego negatywu, uzyskujemy szkło toryczne wklęsłe lub wypukłe. Szkła wycięte ze środkowego, a nie z zewnętrznego brzegu pierścienia działają w jednym południku skupiająco, w drugim rozpraszająco. Tak tedy jedna powierzchnia toryczna łączy w sobie działanie dwóch walców wypukłych, dwóch walców wklęsłych, a wreszcie kombinacyę walca wypukłego z wklęsłym. Autor omawia bliżej własności i zalety szkieł torycznych, dla których szkła te zasługują na zastosowanie w okulistyce dla wyrównania niezborności mieszanej, oraz różnych rodzajów niezborności złożonej. K. W. Majewski.

K. W. Majewski. **O okularach à la Chamblant.** (Postęp okul. 1909, Nr 8 i 9). Zegarmistrz genewski Chamblant wyszlifował około roku 1825 dla użytku okulistów szkła o powierzchniach walcowatych, mające zastąpić szkła sferyczne do wyrównania zwyczajnej niedomiarowości lub nadmiarowości, lub szkła sferocylindryczne dla poprawy niezborności złożonej. W szkłach tych osie obu walców stoją na sobie zawsze prostopadle, a walce są jednakowego znaku. Jeśli są równej siły, szkło działa sferycznie, jeśli różnej, działanie szkła odpowiada działaniu kombinacyi soczewki sferycznej z cylindryczną. Autor omawia bliżej optyczne własności tych szkieł, oraz ich zalety, dla których nadają się w wielu przypadkach do zastosowania w praktyce okulistycznej. R. W. Majewski.

Doc. R. Noiszewski. **Chromofotometr, przyrząd dla oznaczania wrażliwości siatkówki na światło w stanach prawidłowych i chorobowych.** (Postęp. okul. 1909, Nr 6). Autor podaje opis chromofotometru, przyrządu, zapomocą którego możemy określić wrażliwość siatkówki na najmniejszą jasność. Badany patrzy do wnętrza ciemnej skrzynki, w której na przeciwległej ścianie umieszczone są dwa paski włóczki, jeden czerwony, odpowiadający barwą linii B. widma słonecznego, drugi z włóczki niebieskiej o barwie widma pomiędzy liniami F. i G. Na paski te pada światło z boku, pod kątem 45^0, przez okienko, którego wielkość możemy dowoli zmieniać w granicach od 0,1 mm^2. do 1 dm^2. Przystępuje się do badania wrażliwości przy okienku najbardziej rozwartem, tak aby osoba badana mogła zupełnie dokładnie rozróżnić obie barwy, poczem zmniejsza się stopniowo otwór, aż zniknie jedna, a następnie i druga barwa, i pozostaje tylko mniej lub więcej wyraźna jasność od barwy sinej; wtedy pomniejsza się dalej okienko, aż do chwili, kiedy jasność ta stanie się ledwo dostrzegalną. W ten sposób dochodzi się do progu pobudliwości świetlnej, czyli określa się wrażliwość siatkówki na najmniejszą jasność. Po oznaczeniu progu pobudliwości świetlnej powiększa się znowu okienko dotąd, aż badany zdoła rozpoznać barwę czerwonej włóczki. W ten sposób oznaczamy skalę wrażliwości siatkówki na całą rozpiętość widma słonecznego. K. W. Majewski.

T. Kleczkowski. **Włókna rdzenne w siatkówce, a plama Mariottea.** (Postęp okul. 1909, Nr 1). W przypadkach obecności włókien rdzennych w siatkówce plama Mariottea była zawsze i to znacznie powiększona. Wielkość jej była zawsze najmniejsza dla barwy białej, rosnąc stopniowo dla barwy niebieskiej, żółtej, czerwonej i zielonej, tak, że plama Mariottea otoczona była zawsze jakby obwódką siatkówki o zmniejszonej wrażliwości, której granice przebiegały prawie zupełnie równolegle. Granice plamy Mariottea dla barwy niebieskiej równały się prawie granicom dla barwy białej; granica dla barwy żółtej była blizko granicy niebieskiej. Dla barwy czerwonej zwiększała się plama Mariottea dosyć znacznie, granica zaś dla barwy zielonej znajdowała się w bardzo nieznacznej odległości od granicy dla barwy czerwonej. Postać plamy Mariottea w rzucie odpowiadała mniej więcej postaci tarczy nerwu wzrokowego, wspólnie z włóknami rdzennemi, rozpromieniającemi się od jej brzegów na siatkówkę. Powiększenie to plamy Mariottea podmiotowo zupełnie nie było odczuwane, a jedynie tylko przedmiotowo dało się stwierdzić zapomocą perymetru. Powiększenie to z powodu braku innych przyczyn, mogących wpływać na wielkość plamy Mariottea, należy odnieść do obecności włókien rdzennych w siatkówce. K. W. Majewski.

K. Rumszewicz. **Zmiany tarczy nerwu wzrokowego przy uszkodzeniach przedniej części gałki.** (Postęp okul. 1909, Nr 7). W czterech przypadkach zranień przedniego odcinka gałki znalazł autor zmiany drobnowidowe w tarczy nerwu wzrokowego, odpowiadające anatomicznemu obrazowi tarczy zastoinowej, z tą wyłącznie różnicą, że blaszka sitowa nietylko nie była wypuklona ku przodowi, ale raczej wypuklała się ku tyłowi. Rumszewicz opisał również w »Postępie okul.« (1909, Nr 5) w przypadku gruźlicy przedniej części gałki, zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, bez jakichkolwiek znamion gruźliczych. Tłomaczy on sobie powstanie tej zmiany działaniem toksyn, które w tym przypadku tem łatwiej do nerwu wzrokowego się dostawały, ponieważ z powodu zatkania przestrzeni Fontany

i przewodu Schlemma odpływ cieczy śródocznej przez pochewki nerwu wzrokowego musiał się niewątpliwie odbywać na większą skalę, niż w warunkach zwyczajnych. Prawdopodobnie tak samo rzecz się ma przy zapaleniu tarczy, powstającem przy urazowych uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej. K. W. Majewski.

Henning (Kopenhaga). **O patogenezie sprzężonego zboczenia gałek ocznych.** (Ophthalmology 1909, Vol. VI., Nr 1). Prévost w swej klasycznej monografii o sprzężonych zboczeniach gałek ocznych postawił prawidło, że chory obu oczyma patrzy w tę stronę, po której w mózgu znajduje się ognisko chorobowe. Później Landouzy i Grasset wykazali, że w przypadkach, gdzie przeważają objawy podrażnienia, lub zanim wystąpią ostatnie objawy porażne, zjawisko to zachowuje się wprost odwrotnie, chory oczu nie zwraca ku ognisku, lecz odwraca je w przeciwną stronę. Obydwa te zjawiska mają się żatem do siebie tak, jak porażenie połowicze do kurczu połowiczego. Badania Landouzyego, Grasseta, Wernickego, Henschena, Monakowa, Bernheimera i innych, oparte na nekroskopiach i wiwisekcyach, wskazują, że ośrodek ruchowy dla sprzężonych ruchów gałek ocznych znajduje się w okolicy zakrętu kątowego (gyrus angularis). K. W. Majewski.

Doc. R. Noiszewski. **Zatrucie gromadne blekotem.** (Postęp okul. 1909, Nr 5). W Dynaburgu wystąpiło gromadne zatrucie atropiną wśród ludności żydowskiej. Liczba osób zatrutych dochodziła do kilku tysięcy, ściśle jednak oznaczyć jej nie można, nie wszyscy bowiem chorzy zgłaszali się do lekarzy. Wszystkie przypadki zatrucia powstały w lutym z. r. w czasie świąt żydowskich »Purim«. lub w krótki czas później. Dochodząc przyczyny tego ogólnego zatrucia, zwrócono uwagę na mak, który ludność starozakonna spożywa w czasie świąt »Purim«. Otóż próba tego maku, dostarczanego żydom z jednego źródła, wykazała 7$^0/_0$ domieszkę nasienia blekotu (hyoscyamus niger). Zatrucia po większej części były lekkie. Objawy ograniczały się zazwyczaj do porażenia lub niedowładu akomodacyi. W kilkunastu jednak przypadkach zatrucie wywoływało silne przyspieszenie tętna, a nawet bezgłos i szał atropinowy. Na uwagę zasługuje, że wszystkie osoby, które doznały zwidywań, widziały czarne koty. Autor badał osobiście ogromną liczbę zatrutych osób i zaznacza, że w żadnym przypadku nie znalazł zmian na dnie oczu.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 26. kwietnia 1910 r.

1) Józef Jaworski przedstawił 36-letnią kobietę z **przepukliną brzuszną macicy ciężarnej.** Pierwszy poród operacyjny, 2-gi, 3-ci i 4-ty prawidłowe, bez pomocy lekarskiej, 5-ty poród przed 4 laty, ukończony przy ciąży przedługiej (11-miesięcznej) przez cięcie cesarskie. Obecnie jest chora w 5-tym miesiącu ciąży. Uderzającem zjawiskiem jest brzuch w bardzo wysokim stopniu obwisły, a właściwie wystający bardzo ku przodowi. Przy obmacywaniu wyczuwa się ciało kulisto-cylindryczne, łatwo przesuwalne, którego zarówno kształt, jak i spoistość nie pozwalają wątpić, iż jest to macica ciężarna, wielkością swą odpowiadająca końcowi 5-go miesiąca ciąży. Badanie przez pochwę wykazuje brak macicy w miednicy. Jest ona odchylona i przegięta ku górze i naprzód, nadto jest wprost zgięta poprzez spojenie łonowe na dół i znajduje się w worku przepuklinowym, wytworzonym właściwie tylko z powłok skóry, a dno jej ustawione jest znacznie niżej, niż szyjka. Rozstęp mięśni prostych brzucha jest bardzo znaczny, a nawet jest ich zanik. Osobę tę czeka ponowne cięcie cesarskie, które mówca w czasie właściwym wykonać zamierza.

2) Władysław Janowski w dłuższym wykładzie omówił **niemiarowości tętna** podług następującego ich ugrupowania: 1) Zaburzenia w wytwarzaniu pobudek (chronotropismus), 2) zaburzenia w kurczliwości (inotropismus), 3) zaburzenia w przewodnictwie (bromotropismus), 4) zaburzenia w pobudliwości serca (bathmotropismus), 5) nieprawidłowości w miejscu wytwarzania się pierwotnych pobudek; tętno węzłowe, 6) skojarzenia różnych rodzajów niemiarowości serca. Wykład był objaśniony przedstawieniem i szczegółowem wytłomaczeniem 39 krzywych, z których 32 zdjętych przez samego prelegenta.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 8. czerwca 1910.

Przewodniczący: kol. A. Krusche. Sekretarz: kol. E. Sonnenberg.

1. Kol. Tomaszewski przedstawił siedmioletniego chłopca **z przewlekłem zapaleniem mięśni** (polymyositis chronica). Chory od 5 lat kuleje na lewą nóżkę, od tegoż czasu ropotok z lewego ucha. Od trzech tygodni chory zaczął sztywnieć, pocić się i skarżyć na bole. Więcej danych wywiadowych nie udało się wydobyć od matki, która przywiozła chłopca do szpitala. Obecnie daje się zauważyć zupełne zesztywnienie i stężenie mięśni i skóry na głowie, na tułowiu i górnych kończynach. Kończyny dolne prawidłowe, skóra nie zaczerwieniona. Ruchy kończyn górnych ograniczone w stawie barkowym, tak, że chory może podnieść rękę tylko do poziomu. W stawach łokciowym i garstkowym ruchy prawidłowe. Chory łyka i oddycha swobodnie. Miejsca porażone nie bolesne. Ciepłota nie podniesiona. Odruchy: kolanowy bardzo żywy, Achillesa daje się wywołać z trudem, odruch Babińskiego ujemny, mosznowy bardzo żywy, brzuszny silnie wyrażony. Serce i narządy brzuszne prawidłowe. Tętno przyspieszone, 120 na minutę. W moczu białka niema. Odczyn dwuazowy dał wynik ujemny. Ilość ciałek czerwonych we krwi prawidłowa białych 8.000. Eozynofilnych leukocytów 2$^0/_0$ ogólnej liczby. Stan chorego wzbudzał przypuszczenie włośnicy (trichinosis), przeciwko temu jednak stanowczo przemawiały: nie podniesiona ciepłota, brak bolów, ujemny odczyn dwuazowy, bardzo mała ilość ciałek eozynochłonnych i brak wszelkich danych wywiadowych, któreby mogły to przypuszczenie potwierdzić. W celu przekonania się o charakterze sprawy, odgrywającej się w mięśniach, wycięto kawałek mięśnia barkowego dla zbadania drobnowidowego (preparaty jeszcze nie gotowe). Rozpoznano przewlekłe zapalenie wieloogniskowe mięśni (polymyositis chronica).

Pierwsze spostrzeżenia tej choroby podali Wagner, Unverricht, następnie Strümpell, Loewenfeld, Senator, Lorenz, Kader i Oppenheim. Choroba ta zdarza się i u dorosłych i u dzieci. Jako przyczynę podają wspomniani autorowie różne zakażenia: gruźlicę, grypę, zapalenie gardła, gościec stawowy, płonicę, wiewióra i t p. Senator dopatruje się związku z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym. Oppenheim spostrzegał dwa przypadki w następstwie zbyt energicznego leczenia kneippowskiego. Większość autorów odróżnia tę formę zapalenia mięśni (polymyositis) od ropnego zapalenia mięśni, inni znowu (Kader) uważają ten podział za sztuczny i twierdzą, że w obu tych postaciach chodzi o sprawę septyczną w mięśniach (myositis septica), raz połączoną z ropieniem, drugi raz — bez niego. Leczenie przedewszystkiem diaforetyczne. W przypadku przedstawionym chory bierze ciepłe kąpiele i zawijanie w koce. Jednocześnie leczy się i cierpienie uszne. Od paru dni kol. Czaplicki wstrzykuje choremu fibrolizynę.

2. Kol. Tomaszewski przedstawił **dwa przypadki**

prawostronnego wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego u dziewczynek 6 i 7-letniej. Jedno zwichnięcie odprowadził T. sposobem zwykłym Lorenza, drugie sposobem Schanza, ogłoszonym przez tegoż w Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, T. 25. Sposób ten różni się tem od sposobu Lorenza, że przy nim nie rozciąga się pierwotnie przedniej ściany torebki stawowej. Operator staje po stronie zdrowej chorego, t. j. jeżeli odprowadza prawy staw, staje po stronie lewej. Chory w głębokiem uśpieniu leży na wznak. Prawą ręką chwyta operator prawą kończynę pod kolanem, a lewą rękę kładzie na spojenie łonowe, ustalając w ten sposób miednicę, — potem zgina chorą kończynę w biodrze, tak, że udo dotyka powłok brzusznych i ustawia udo w przywiedzeniu (addukcyi), (oś uda przechodzi mniej więcej przez pępek). W tem ustawieniu operator lekko pociąga za udo, aby przekonać się, czy dziecko śpi zupełnie i nie napręża mięśni, poczem gwałtownie pociąga za udo w kierunku ustawienia i skręca na wewnątrz. Przez takie silne pociągnięcie wprowadza główkę uda do panewki i wtedy dopiero ustawia nogę odwiedzioną (w abdukcyi) pod kątem prostym. Przy odprowadzaniu tym sposobem nie otrzymuje się tego charakterystycznego dźwięku, jaki zwykle słyszymy przy metodzie Lorenza, gdy główka wpada do panewki. Aby się przekonać, czy rzeczywiście nastąpiło odprowadzenie, można reluksować i wtedy powinniśmy usłyszeć ów charakterystyczny dźwięk. Dalsze leczenie zamierza kol. T. prowadzić podług Schanza, mianowicie po 7 tygodniach zdjąć opatrunek gipsowy i pozostawić dziecko samemu sobie, unikając wszelkich dalszych opatrunków, miesienia i gimnastyki. Schanz przynajmniej twierdzi, że postępując w ten sposób, nie miał reluksacyi. (Streszczenie własne).

3. Kol. Goldman przedstawił chorego, w wieku lat 69, u którego dokonał **wyłuszczenia gruczołu krokowego,** oraz kobietę, u której dokonał **nefrektomii.**

4. Kol. Leyberg przedstawił chłopca 8-letniego z **sarcomatosis cutis idiopat. multiplex.** Kilka guzów, wielkości grochu, znajduje się na palcach nóg, oraz rąk i na fałdach międzypalcowych. Nacieki na grzbietowej powierzchni stopy. Leczenie: wstrzykiwania arsenu. Następnie przedstawił kol. L. chłopca 15-letniego ze śladami niedawno przebytego **półpaśca.**

5. Kol. Perlis przedstawia 22-letniego mężczyznę z objawami **zupełnej niedrożności jelit** od dni dziewięciu. Częste wymioty, brak wypróżnień i wiatrów, tętno 48. Laparotomia w odurzeniu eterowem. W jamie brzusznej sporo przeźroczystego surowiczego płynu. W okolicy śledzionowego zagięcia okrężnicy guz, całkowicie wypełniający światło kiszki, o twardej spoistości, nierówny. Gruczoły krezkowe nie powiększone. Okrężnica poprzeczna olbrzymio rozdęta, zstępująca zaś zupełnie zapadnięta, jak również i pętla esowata. Pomimo nacięcia okrężnicy poprzecznej w celu wypuszczenia gazów i obfitej treści płynnej z następnem obszyciem otworu w kiszce, uruchomienie części pętlicy wraz z guzem było niewykonalne. Wskutek tego wykonano na razie zespolenia okrężnicy poprzecznej z pętlą esowatą (colosigmoidostomia). Pomimo ciężkiego stanu ogólnego chory zniósł zabieg dobrze. Już po 20 godzinach prawidłowe wypróżnienie. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Obecnie po $2^1/_2$ tygodniach po operacyi znakomita poprawa. Guz, stwierdzony w okolicy śledzionowego zagięcia okrężnicy jest pochodzenia prawdopodobnie wspólnego po przebytem przed dwoma laty cierpieniu kiszek z biegunką krwawą, z silnymi bolami w lewym dole biodrowym, po czem pozostało częste parcie na stolec i uporczywe coraz trudniej zwalczane zaparcie (perisigmoiditis-colitis). Guzy zapalne jelit grubych o typowej siedzibie w okolicy śledzionowego zgięcia okrężnicy, opisał w ostatnich czasach szczegółowo wraz z podaniem 26 operowanych przypadków Prof. Payr. Resekcya guza, lub, o ile stan chorego na ten zabieg pozwala, zespolenie jelit, daje trwałe wyleczenie, a guzy ulegają zanikowi. (Streszczenie własne).

6) Kol. Sterling. **Robert Koch, wspomnienie pozgonne.** Daty biograficzne. Stan bakteryologii w chwili ogłoszenia pierwszych prac Kocha, a szczególnie stan ówczesny wiedzy o wągliku i chorobach przyrannych. Charakter tych prac pod względem bakteryologicznym i higienicznym. Udoskonalenie metodyki bakteryologicznej, stworzenie współczesnych metod hodowania drobnoustrojów i odkażania. Wykrycie lasecznika gruźlicy, jego wyhodowanie i szczepienie. Wykrycie przecinkowców cholery azyatyckiej. Higieniczne znaczenie obu tych odkryć. Tuberkulina. Badania nad księgosuszem, dżumą, surrą, gorączką teksańską, zimnicą. Dualistyczna teorya zarazków gruźlicy: ludzkiej i bydlęcej. Walka z durem w Alzacyi i Westfalii (zdrowi roznosiciele zarazków). Piroplasmosis, śpiączka afrykańska.

We wszystkich pracach był Koch wielkim przyrodnikiem i dążącym do celów praktycznych lekarzem-higienistą. Zaczął jako skromny lekarz okręgowy, który walcząc z epigemią wąglika zwierząt swego okręgu, posługiwał się metodami i przyrządami, o których niewiele pojęcia miał niejeden ze współczesnych profesorów higieny. Na schyłku swego życia walczył Koch przez 14 miesięcy w krainie dzikiej, we wnętrzu Afryki, narażony na liczne niebezpieczeństwa.

Ze śmiercią Kocha schodzi z widowni jeden z najwybitniejszych lekarzy współczesnych i dobroczyńców ludzkości.

Mowca zakończył przytoczeniem wspomnień osobistych, związanych z trzykrotnem zetknięciem się jego z wielkim zmarłym uczonym.

Pokazy preparatów:

7) Kol. Goldman przedstawił **nerkę,** usuniętą u chłopca. W przypadku tym wskutek urazu nastąpiło pęknięcie nerki. Tenże przedstawił preparat usuniętego wyrostka robaczkowego.

8) Kol. Maksymilian Cohn przedstawil **kamień pęcherzowy** dużych rozmiarów, usunięty u 76-letniego mężczyzny. Wykonano cięcie nadłonowe.

9) Kol. Perlis przedstawił:

a) **Kość strzałkową,** usuniętą w całości u $2^1/_2$-rocznego dziecka, u którego w następstwie zaniedbanego czyraka na pośladku wystąpiło gwałtowne septyczne zapalenie szpiku kostnego strzałki. Kość pływała w ropie i usunięta została w całości bez pomocy narzędzi na tępo. Ostre zapalenia usadowione w kości strzałkowej, zdarzają się dość rzadko. Dziecko zmarło wśród objawów posocznicy.

b) **Trzon kości piszczelowej,** usunięty w całości z powodu ostrego ropnego zapalenia szpiku rzeczonej kości. Na granicy obydwu linii nasadowych piszczeli sprawa zapalna ostro się odcinała. Trzon usunięto zupełnie lekko na tępo.

c) **Wyrostek robaczkowy,** usunięty 4. dnia choroby u 11-letniej dziewczynki. W jamie brzusznej niewielka ilość nieco mętnawego wysięku. Poszukiwanie wyrostka dość mozolne. Wyrostek dość szeroko zlepiony bardzo przekrwioną siecią (część jej resekowano) i stanowi konglomerat z jajnikiem i jajowodem prawym, siedząc na jajowodzie, jakby okrakiem w półkole prawie przegięty. Macica, jajnik i jajowód bardzo mocne, przekrwione. Na błonie śluzowej wyrostka sporo wybroczyn; wszystkie jego warstwy bardzo przerosłe. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Po 12. dniach chora wyszła ze szpitala. (Streszczenie własne).

10) Kol. Goldberg pokazał preparat **tłuszczaka** (12 × 8 ctm). Na przekroju widać wyraźnie, że środkowa część guza ulega zwapnieniu. Guz pochodzi z kobiety 45-letniej; istnieje od lat 20. W ciągu ostatniego roku guz począł szybko się zwiększać i jednocześnie chora zaczęła wyczuwać stwardnienie w głębi nowotworu. Siedziba guza na wewnętrznej stronie prawego ramienia w górnej $^1/_3$ części.

11) W dyskusyi nad przypadkiem, przedstawionym przez kol. Tomaszewskiego, kol. Sterling zwrócił uwagę, że przed Wagnerem, Unverrichtem i t. d. opisał Polak, Klink, ostre ogólne zapalenie mięśni, jako chorobę zakaźną; opi-

sany przypadek był potwierdzony szczegółowem badaniem anatomo-patologicznem.

W dyskusyi nad drugim przypadkiem kol. Tomaszewskiego — kol. Goldman dodał nieco szczegółów o metodzie Schanza.

W dyskusyi nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Leyberga, zauważył Sonnenberg, że również spostrzegał ten przypadek dzięki uprzejmości kol. L., który skierował do niego chorego chłopca. Guzy, nacieki, oraz ich siedziba stanowią cechy charakterystyczne dla Sarcomatosis cutis multipl. idiopat. Odrębnem w danym przypadku, zdaniem Sonnenberga, jest to, że cierpieniem omawianem jest dotknięty osobnik w tak młodym wieku.

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

(Ciąg dalszy).

Wprost zadziwiającą jest srogość ostatniego ustępu § 312, który obok kar za przewinienie z punktu 2—4 tegoż § w postaci więzienia lub aresztu dopuszcza grzywnę do wysokości aż 5.000 kor. Na tem jeszcze nie kończy się srogość nowej ustawy. Jakby utajony czyha, przewyższając niebezpieczeństwem inne postanowienia, jeszcze inny przepis.

Wedle obowiązującej ustawy karnej w przypadkach zawinienia przez nieumiejętność (§ 356 i § 357), o ile stąd wynikło czy ciężkie uszkodzenie ciała, czy śmierć, można było karać lekarza najwyżej odebraniem mu prawa praktyki, dopóki nie dowiódł przy nowym egzaminie, że nabył brakujących mu wiadomości; natomiast wedle nowego projektu ma być lekarz karany po myśli § 312 p. w., a nadto może mu władza polityczna zabronić praktyki wedle swego uznania co do winy i kary. Albowiem nowy ten projekt zawiera dodatek, zatytułowany: »Gesetz zur Einführung des Strafgesetzbuches und der Gesetze, welche das Einführungsgesetz zur Strafprozessordnung und die Strafprozessordnung abändern«. W VIII. rozdziale tejże ustawy znajdujemy artykuł 48. pod napisem: »Zabronienie wykonywania zawodu lub przemysłu i odebranie uprawnienia przemysłowego«.

»§ 1. Jeśli kto zawodu lub przemysłu, którego wykonywanie zależy od udowodnienia szczególnych wiadomości lub zdolności, nadużyje do spełnienia zbrodni lub występku, zagrożonego utratą wolności, trwającą ponad sześć miesięcy, to może mu odpowiednia władza polityczna zabronić wykonywania zawodu poszczególnej gałęzi zawodowej lub przemysłu na czas od od 1 do 10 lat, a nawet w razie szczególnego niebezpieczeństwa na zawsze. To samo tyczy się tych, którzyby nadużyli swego zawodu lub przemysłu do dopuszczenia się przestępstwa lub przekroczenia przez narażenie na szwank zdrowia przez środki spożywcze lub używki«. »§ 2. Jeśli ktoś w zawodzie lub przemyśle, którego wykonywanie zależy od udowodnienia szczególnych wiadomości lub zdolności, spełni czyn, zagrożony utratą wolności, trwającą ponad sześć miesięcy, z powodu braku wiadomości lub zdolności koniecznych do tegoż zawodu lub przemysłu, to może mu odpowiednia władza administracyjna wzbronić wykonywania zawodu, poszczególnej gałęzi zawodowej lub przemysłu na tak długo, aż udowodni, że usunął braki w swych wiadomościach lub zdolnościach. Władza może tem cofnąć koncesyę na przemysł. Rozporządzenie oznaczy, w jaki sposób ma być dostarczony dowód, że braki zostały usunięte«.

Z tego jasno wynika, że lekarz może w przyszłości być ukarany za zaniedbanie dwa razy: przez sędziego więzieniem lub aresztem aż do 2 lat obok grzywny do 5000 kor., a nadto przez władzę administracyjną odebraniem prawa praktyki. Za jedną winę dwie kary!

Ze względu na to, że w danym razie władza administracyjna może lekarzowi wzbronić aż do ponownego egzaminu wykonywania praktyki, zależnie od swego uznania albo w zupełności albo tylko w pewnej gałęzi lecznictwa, należałoby już teraz zabiegać, by władza administracyjna była obowiązana przed wydaniem wyroku zasięgać zdania Wydziału lek. lub przedstawicielstwa zawodowego. Nadto powinniśmy dążyć do tego, by § 2 art. 48 nie uzyskał nigdy mocy prawa. Nie możemy się zgodzić, żeby za jedną winę karano nas dwa razy. Chętnie godzimy się, by sądzili nas sędziowie, ludzie niezależni, o których sumienności stan lekarski jest przekonany, jednak żadną miarą nie chcemy być wydani na łaskę władzy administracyjnej, która, jak dobrze wiemy, nie zawsze ogląda się wyłącznie tylko na obowiązującą ustawę. Podobnie jak do paragrafu o spędzeniu płodu wogóle dodany jest oddzielny, tyczący się lekarzy, tak i do § 312 o narażeniu bezpieczeństwa cielesnego przez niedbalstwo powinien być dodany osobny przepis, odnoszący się do czynności lekarskich. Z faktu bowiem, że w sprawie spędzenia są osobne przepisy dla lekarzy, a po § 312 nie ma mowy oddzielnie o lekarzach, mogą, i słusznie, wyrokujący prawnicy wysnuwać wniosek, że na czynności lekarskie nie można patrzeć inaczej, niż na czynności innych obywateli, przestępujących dany przepis, bo w przeciwnym razie byłby to ustawodawca wyraźnie zaznaczył. A przecież prosty rozum dyktuje, że tak być nie może.

W ogólnych przepisach o spędzeniu płodu znajdujemy w § 293, ustępie 3, rzecz nową: jako okoliczność łagodzącą wymiar kary dla ciężarnej, fakt, że spędziła płód z nędzy lub w chęci ukrycia swego upadku; analogicznie powinno być poczytane lekarzowi za okoliczność łagodzącą, jeśli z litości, bezinteresownie dał się nakłonić do spędzenia.

II.

Do działu drugiego należą następujące paragrafy:

»§ 213. 1. Lekarz, weterynarz lub przez władzę publiczną ustanowiony znawca, taksator lub tłómacz, który poświadcza w wykonaniu zawodu nieprawdziwy fakt, będzie karany więzieniem lub aresztem aż do 3 miesięcy lub grzywną do 1000 kor.«.

Przepis ten nakłada na zwykłego praktyka, nieurzędowego lekarza równą odpowiedzialność, jak na publicznego urzędnika. Lekarz za napisanie nieprawdziwego świadectwa może być karany nawet trzymiesięcznem więzieniem lub grzywną 1000 koron, a jeśliby się podobny czyn powtarzał zawodowo (gewerbsmässig), może być skazany (§ 213, 4) i na rok więzienia; wtedy zaś na mocy §§ 32 i 33 p. w., skoro został skazany na więzienie najmniej sześciomiesięczne i udowodniono mu grubą chęć zysku, może być skazany na ukrócenie praw obywatelskich, a więc i na utratę dyplomu, a wreszcie może się zdarzyć, że i władza polityczna się odezwie i na mocy art. 48 § 1 zabroni praktyki całej lub w poszczególnej gałęzi od roku do dziesięciu, a w szczególnie niebezpiecznych razach i na zawsze.

Godzimy się na położenie tamy lekkomyślnemu pisaniu świadectw przez lekarzy, bo to szkodzi całemu stanowi i utrudnia często byt uczciwym lekarzom, nie chcącym się dać do tego użyć. Już raz powinno się wykorzenić także i u publiczności dziwne przekonanie, że fałszywe świadectwo lekarskie, to zwykła »grzeczność«, do której każdy lekarz, a przedewszystkiem lekarz domowy, jest conajmniej obowiązany — i dlatego § 213 może podnieść w tym kierunku powagę lekarza. Jednakże musimy otwarcie oświadczyć, że kary za to przewinienie są wprost drakońskie. Tu jeszcze raz należy podkreślić, że skoro państwo chce karać zwykłego lekarza na równi ze swym urzędnikiem, to niechaj go w takim razie równie gorąco chroni (§§ 100 i 101 p. w. i § 296 l. 2 p. w.).

§ 308 p. w. pozwala lekarzowi na asystowanie przy pojedynku, co zupełnie słusznie znosi dotychczasowy nieuzasadniony zakaz, który zmuszał pojedynkujących się obywać się bez lekarza wogóle lub prosić lekarzy wojskowych.

A teraz § 314 p. w., odnoszący się do »zaniechania pomocy«, o tyle odmienny od § 360 obowiązującej ustawy karnej, że rodzina względnie otoczenie chorego tylko wtedy może być karane za niezawezwanie lekarza do chorego, jeśli choremu groziło »widoczne niebezpieczeństwo życia«. A przecie każdy przyzna, że nieraz już może być zapóźno na pomoc, kiedy nie-lekarz pozna się na niebezpieczeństwie. W ten sposób może nadto ojciec niewezwać lekarza do dziecka chorego na płonicę lub błonicę i ułatwić rozszerzenie się zarazy na całą okolicę. Wprawdzie obowiązek donoszenia o chorobie zakaźnej ma obecnie wedle nowej ustawy o chorobach zakaźnych nietylko ojciec, ale na-

wet stróż domu, ale w jaki sposób może laik, ojciec, lub stróż domu rozpoznawać dur, ospę, cholerę, płonicę i t. p., co chyba jest koniecznym warunkiem do spełnienia obowiązku doniesienia? A wreszcie nowy projekt nie mówi wcale w tym § 314 o pomocy lekarskiej, jak to jest w § 360 obecnej ust. kar., ale o powołaniu »obcej pomocy« (Herbeirufung fremden Beistandes). Ojciec zatem spełni swój obowiązek, jeśli wezwie do chorego dziecka nawet partacza, ale lekarz, który nie pospieszy natychmiast do chorego dziecka, może być skazany na areszt. Gdzie ratio legis? Gdzie równość wobec prawa? Nowy przepis w zupełności oddaje na łaskę i niełaskę złych rodziców biedne, chore dzieci, a chorych terminatorów na łaskę brutalnych, niedbałych majstrów, a na dobitek otwiera wrota partactwu lekarskiemu.

§ 325 p. w. traktuje o »samowolnej pomocy lekarskiej« i grozi aresztem lub grzywną temu, ktoby leczył drugiego wbrew jego woli. I tu znowu niema wzmianki, że leczącym może być wyłącznie lekarz. Przepis ten nie mówi, że karany będzie lekarz, który drugiego wbrew jego woli leczy, ale każdy, kto drugiego wbrew jego woli leczy. A więc czy w Austryi każdemu, kto chce, wolno leczyć, czy tylko dyplomowanym lekarzom? czy to znowu ma być ułatwieniem partactwa lekarskiego? Jeżeli zaś ustawodawca rozumie przez leczącego zawsze lekarza, to znowu nasuwa się pytanie, dlaczego lekarz leczący wbrew woli chorego ma być karany, a nie-lekarz, czelnie i lekkomyślnie zabierający się do leczenia, ma mieć tę samą czynność dozwoloną. Okoliczność, że przepis ten jest skonstruowany w ten sposób, że karany będzie, powiedzmy już, lekarz leczący chorego wbrew jego woli, jest szczęśliwszym pomysłem, niż gdyby lekarz miał żądać od chorego wyraźnego zezwolenia i ta okoliczność może wyjść w praktyce z czasem na korzyść zarówno lekarzowi, jak choremu. Jednakże przepis ten nie jest bez »ale«! Każdy lekarz dobrze z praktyki wie, że nieraz musi użyć pewnego rodzaju nacisku na chorych nieoświeconych, a głównie na dzieci, opierających się każdemu najdrobniejszemu zabiegowi, choćby nawet zabieg ten był potrzebny do ratowania życia. Nacisk ten musiałby teraz odpaść, a czy to będzie z korzyścią dla chorych, to łatwo osądzi każdy myślący człowiek. Lekarze mogą swój altruizm przystosować do hamulca z § 325 p. w. A co będzie, jeśli operowany w toku zabiegu oświadczy, że się dalej nie da operować? Stosując się do § 325 p. w. musiałby w takim razie chirurg, o ile w danej chwili niema niebezpieczeństwa życia, zostawić ranę niezaszytą, a naczynie niepodwiązane i dlatego znowu będzie musiał chirurg do każdego zabiegu usypiać. Nowe wskazanie do uśpienia!

Przepis ten nie pozwala dalej na leczenie chorych młodszych, niż 18-letnich, umysłowo niedojrzałych lub okazujących zaburzenia świadomości, bez zezwolenia ustawowego opiekuna, chyba, że zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo życia.

A więc pijaka nie byłoby wolno leczyć, dopóki pijany, chociażby doznał powikłanego złamania kończyny lub t. p., jeżeli nie grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo. Jeżeli chory nieprzytomny broczy z małych naczyń i niema niebezpieczeństwa dla życia, to lekarz miałby czekać i rozpoczynać zabieg dopiero wtedy, gdyby nastąpił wielki upływ krwi. Wogóle to określenie »bezpośrednie niebezpieczeństwo« wydaje nam się niefortunnem. Zdawałoby się nam raczej, że o ile idzie o nieprzytomnych, czy okazujących zaburzenia świadomości, to lekarz powinien zawsze mieć prawo do podejmowania zabiegów. Dlaczego prawo do rozstrzygania o pomocy lekarskiej ma mieć raczej pierwszy lepszy, niezawsze uczciwy opiekun obłąkanego (nieraz raczej interesowany, żeby obłąkaniec umarł, niż żył), niż lekarz? Na mocy tej ustawy może w przyszłości opiekun, oddający obłąkanego pupila do zakładu, a będący zwolennikiem jakiegoś naturalnego sposobu leczenia, z góry sobie zastrzedz, że na leczenie truciznami, do których nawet brom może zaliczać, w żaden sposób się nie godzi. Co ma wtedy począć lekarz?

Niezawsze łatwo dadzą się w praktyce pogodzić następujące §§ p. w.: § 312 (narażenie cudzego zdrowia przez niedbalstwo), § 464 p. w. (przymus zawodowy) z § 325 (samowolne leczenie). Lekarz znalazłszy się w kolizyi, będzie musiał przedewszystkiem myśleć o sobie, tak więc ustawa wypędzi humanitarność z serca niejednego lekarza.

Dlatego żądamy, żeby jako granicę wieku do stanowienia o sobie wprowadzono 14 lat, a nie 18 i żeby tam, gdzie mowa o niebezpieczeństwie życia, skreślono przymiotnik »bezpośrednio«. Domagamy się dalej skreślenia słowa »zaburzenia świadomości«, i to w interesie chorych, a nie naszym. Lekarze bez szkody dla siebie mogą się zastosować do § 325 p. w. i pożegnać się z humanitarnością.

§ 403 p. w. karze za zdradzenie tajemnicy zawodowej nietylko lekarza, jak dotąd, ale i służbę lekarza i studentów medycyny. Skoro prawodawca naprawdę już myśli o możliwie najszerszem zawarowaniu tajemnicy, to niechby pomyślał i o funkcyonaryuszach kas chorych, a szczególnie dyrektorach, kasyerach, kontrolorach, z którymi lekarze muszą z obowiązku służbowego dzielić się tajemnicą zawodową. Skoro więzienie lub areszt za zdradę tajemnicy dla chęci zysku może przenosić pół roku (§ 403 p. w. art. 4), to znowu może władza polityczna zastosować art. 48, § 1 i za tosamo przestępstwo zabronić w dodatku wykonywania praktyki na czas od 1—10 lat, a nawet na zawsze. Kara za zdradzenie tajemnicy powinna być surowa, bo bardzo ciężkie zło może wyrządzić ten, kto jej nie dotrzymuje; — jednakże zważywszy, że może się zdarzyć, iż lekarz zdradzi czasem tajemnicę nie ze złej woli, ale z braku doświadczenia życiowego, wciągnięty w pułapkę, nastawioną przez ciekawego, a sprytnego, niby współczującego, niby już o wszystkiem wiedzącego, a w istocie złośliwego obywatela, powinna ustawa karać srogo, ale zdradzających tajemnicę z niedbalstwa, złej woli lub dla zysku.

W tajemnicy zachować powinien uczciwy lekarz nietylko to, czego domaga się ustawa, a więc szczegóły tyczące się samej choroby, ale i inne, odnoszące się nawet do spraw prywatnych, familijnych chorego, a powierzane mu w zaufaniu jako doradcy i przyjacielowi.

Przepis ten w ustępie 4 orzeka, że nie podlega karze zdradzenie tajemnicy, jeśli »doniesienie lub opublikowanie tajemnicy jest usprawiedliwione interesem publicznym lub uzasadnionym interesem prywatnym«. Dodatek ten dozwala na wykłady i publikacye lek., na doniesienia o chorobach zakaźnych, powiadamianie rodziców małżonka lub opiekuna o chorobie wenerycznej dzieci i t. p., jakoteż na robienie użytku z tajemnicy w obronie własnego zagrożonego interesu prywatnego lekarza. O ile słusznie zezwala na to ustawa lekarzowi, o tyle nieodpowiednią jest rzeczą, że nie czyni w tym względzie wyjątku co do służby lekarza, jako osób zwykle mniejszej inteligencyi. (Dok. nast.).

Stahr.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. VII. do 16. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 4 † —), krztuśca 5, płonicy 10 † 2 (4 † 1), odry 2, duru brzusznego 8 † 1 (3 † 1), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Zjazd chirurgów polskich w Warszawie

(6. 7. i 8. października 1910 r.).

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

I. Tematy programowe. 1) Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego — sprawozd. Prof. Rydygier (Lwów). Prof. Kader (Kraków). 2) Współczesne metody znieczulenia — sprawozd. Prof. Kryński (Warszawa). 3) Aseptyka i antyseptyka operacyjna — sprawozdawcy: Prof. Herman (Lwów), Dr Leśniowski (Warszawa).

II. Wykłady: 1) Prof. Kostanecki (Kraków). O położeniu wyrostka robaczk. i jego fałdach ze stanowiska historyi rozwoju. 2) Prof. Ciechanowski i Gliński (Kraków). Topografia wyrostka robaczk. 3) Prof. Cybulski i Dr Eiger (Kraków). O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach narkozy. 4) Falgowski (Poznań). O korzyściach operowania zapaleń przydatków macicznych drogą pochwową. 5) Dr Mieczkowski (Poznań). O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowania w stawie kolanowym. 6) Dr Mieczkowski. Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy. 7) Dr Mieczkowski. Włókniak ośrodkowy żuchwy. 8) Dr Szuman (Toruń). Wyniki operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci. 9) Dr Marcinkowski (Piotrków). Przypadki wstecznego uwięźnięcia jelita cienkiego. 10) Dr Goldman (Łódź). Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej. 11) Dr Goldman. Podskórne rozerwanie śledziony. 12) Dr Goldman. Przeszczepienie mięśni po rozerwaniu lig. patellae super. 13) Dr Borowski (Nieśwież). Sprawozdanie z działalności lecznicy chirurg. w Nieświeżu. 14) Dr Erbrich (Warszawa). Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii. 15) Dr Sławiński (Warsz.). W sprawie leczenia żylaków i wrzodów podudzia. 16) Dr Sławiński. O znieczulaniu miejscowem.

17) Dr Sławiński. W sprawie operacyjnego leczenia niepłodności męzkiej. 18) Dr Sławiński. Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem. 19) Dr Sławiński. W sprawie wyjaławiania narzędzi ostrych. 20) Dr Fr. Kijewski (Warsz.). O zapaleniu uchyłka Meckela. 21) Dr Kijewski. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych zapom. fulguracyi. 22) Dr Kaczyński (Warsz.) Badania doświadczalne nad promienicą. 23) Dr Rottermund (Warsz.). Badania doświadczalne nad leczeniem kamicy żółciowej. 24) Dr Dobrowolski W. (Warszawa). Resekcya pierwotna kiszek grubych w przypadkach nowotworów. 25) Dr Gabszewicz (Warsz.). O ranach serca. 26) Dr Smużyński (Warsz.). Przyczynek do leczenia zwichnień nawykowych w stawie barkowym. 27) Dr Oderfeld (Warsz.). Appendicitis w worku przepuklinowym 28) Oderfeld. O postaci zgorzelinowej skręcenia esicy. 29) Dr Raum (Warsz.). O kostnieniu mięśni po zwichnieniach stawów. 30) Dr Raum. Z dziedziny chirurgii mózgu. 31) Al. Zawadzki (Warsz.). Przyczynki do chirurgii zwoju Gassera. 32) Prof. Kryński (Warsz.). O leczeniu operacyjnem choroby Basedowa. 33) Kryński. Stwardnienie krezki (mesenteriitis fibrosa), jako postać kliniczna. 34) Kryński. Modyfikacye w operacyach doszczętnych przepuklin pachwinowych. 35) Dr Stan. Kopczyński (Warsz.). W sprawie wskazań do trepanacyi paliatywnej w cierpieniach mózgu. 36) Dr Jankowski (Warsz.). Zabiegi doszczętne w przypadkach raka krtani. 37) Dr Jankowski. W sprawie wskazań do rozszczepienia krtani. 38) Dr Kalinowski (Warsz.). Przyczynek do leczenia operacyjnego słoniowaciny kończyn dolnych. 39) Dr Skabowski (Warsz.). Leczenie gruźlicy stawów i kości promieniami X. 40) Dr Skabowski. Przyczynki do leczenia krwawnic sp. Jonnescu. 41) Dr Woldenberg (Warsz.). Wyniki porównawcze operacyi doszczętnych przepuklin pachwinowych. 42) Dr W. Stankiewicz (Warszawa). O brodawczakach pęcherza moczowego. 43) Dr Stankiewicz. W sprawie leczenia mięsaków, nie nadających się do operowania. 44) Dr Stankiewicz. O niezbędności uzdrowiska morskiego dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. 45) Dr Bursche (Warsz.). O przepuklinie nadbrzusznej. 46) Dr Bursche. Polipowatość odbytnicy. 47) Dr Filipowicz (Warsz.). W sprawie wyjaławiania skóry przed operacyą. 48) Dr Mintz (Warsz.). O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej. 49) Dr Higier (Warsz.). Zabiegi chirurgiczne w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia. 50) Dr Faytt (Warsz.). O ropniach podprzeponowych. 51) Dr Br. Sawicki (Warsz.). Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa. 52) Dr Sawicki. Przyczynek do anatomii patologicznej kręgosłupa. 53) Dr Hubicki i Szerszyński (Warsz.). O wpływie zespolenia dróg żółciowych z jelitami na wątrobę (praca doświadcz.). 54) Dr Hubicki (Warsz.). W sprawie leczenia żylaków kończyn dolnych. 55) Leśniowski (Warsz.). W sprawie przerostu zastępczego nerki (pr. doświadcz.). 56) Dr Cykowski (Warsz.). W sprawie torbieli krwistych szyi. 57) Dr Rotberg (Warsz.). Przyczynek do mięsaków opony twardej. 58) Dr Krauze (Warsz.). Z chirurgii oczodołu pozagałkowego. 59) Dr Krauze. Przyczynki do patologii przydatków sieciowych. 60) Dr Solman (Warsz.). Wyniki leczenia chorób krtani zapomocą rozszczepienia (laryngofisura). 61) Dr Solman. O nowym sposobie leczenia raka skóry i błon śluzowych (elektrokoagulacya). 62) Dr Judt (Warsz.) O rentgenografii jamy brzusznej. 63) Dr Jaworski (Warsz.). Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego, oraz wartość ich leczenia operacyjnego. 64) Dr Marcinkowski (Piotrków). W sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika. 65) Prof. Dr Rosner (Kraków). O wyłuszczaniu włókniaków wśród doszczętnej myomotomii. 66) Tenże: Dwa przypadki ciąży brzusznej. 67) Broniatowski: Appendicitis gangraenosa wśród porodu. 68) Nowotny. Aneurysma venosum parametrii et paracolpii. 69) Radwańska. Mięśniaki więzadeł szerokich. 70) Schlank. Zapalenie miedniczek w ciąży.

Dalsze zgłoszenia przesyłać należy do biura Komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15, Prof. Kryński).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Tadeusz Koźniewski, asystent Zakładu farmakologicznego U. J., habilitował się z zakresu farmakognozyi.

— Dom Zdrowia uczącej się młodzieży »Bratnia Pomoc« w Zakopanem otrzymał dla upamiętnienia dziesięciolecia swej działalności w darze od Dra Alfreda Sokołowskiego z Warszawy tysiąckoronowy udział Sanatoryum dla piersiowo chorych w Zakopanem (Dr Dłuskiego).

— Dyplom doktorski uzyskał w Krakowie p. Bolesław Budzyński z Płońska w Królestwie polskiem.

Z ruchu w zdrojowiskach polskich. Do Rabki przybyło do 15. VII. osób 1958; do Iwonicza osób 2981.

Z różnych stron. Zjazd lekarzy bułgarskich odbył się 3. i 4. lipca w Sofii przy udziale gości z Czech, Chorwacyi, Slawonii, Serbii i Rosyi. Nie uczestniczyli w Zjeździe lekarze polscy i ruscy. Samozwańczą, a smutną rolę odegrał na Zjeździe tylko niejaki p. Czarnowski z Berlina, zwolennik »naturalnego leczenia« i t. p. Komitet lekarski słowiański odbył swe posiedzenie po Zjeździe lekarzy bułgarskich również bez udziału Polaków, pod przewodnictwem Dra Subbotica z Belgradu. Sprawy komitetu uchwalono powierzyć nadal Prof. Wicherkiewiczowi, jako prezesowi i Dr Surzyckiemu, jako sekretarzowi generalnemu, którzy mają oznaczyć czas i miejsce najbliższego zebrania komitetu. Uchwalono jednomyślnie wniosek Rosyan o zwołanie wszechsłowiańskiego Zjazdu przyrodniczo-lekarskiego. (Cas. lek. cesk. 29).

Zmarli: Dr Kazimierz Dąbrowski w 40 r. ż. w Grodnie.

Redakcya otrzymała: Mieczysław Kaufman: 1) O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. Odb. »Gaz. lek.« 1910. 2) Witalizm i mechanizm. Odb. »Tyg. lek.« 1910. — Pamiętnik XV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie 1908. Lwów 1910. — Reis: W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce. Odb. »Postęp okul.« 1919. — Franke: O sposobie ilościowego oznaczania zaczynu proteolitycznego ciałek białych i o t. zw. wskaźniku zaczynowym ciałek białych krwi u człowieka. Odb. »Tyg. lek.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt VII. Monachium, Lehmann. Cena 1 M. 50 f. (cały rocznik 16 M.).

Lipcowy zeszyt wydawnictwa »Kursów Lekarskich«, które, o ile sądzić można z dotychczasowej próby, zyskają sobie zwolenników w szerokich sferach lekarskich, poświęcony jest ginekologii i położnictwu, a zawarte w nim rozprawy Prof. Veita i Prof. Franza noszą może jeszcze wybitniej, niż poprzednie zeszyty, cechę kursów »uzupełniających«. Świadczą o tem same już tytuły rozdziałów: Prof. Veit porusza sprawę zastosowania promieni Röntgena w ginekologii, sprawę raka macicy, wczesnego wstawania po operacyach, stosunku zapalenia wyrostka robaczkowego do chorób przydatków i tym podobne zagadnienia, będące właśnie na dobie. Podobnież Prof. Franz wybrał do swej rozprawy z zakresu położnictwa takie właśnie temata, które w ostatnich latach najżywiej były w piśmiennictwie roztrząsane.

Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kolączkowski**. ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter".

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".